سيكولوجية كبار السن

تأليف

أ.د. إبراهيم بن سالم الصباطي   د. محمود يوسف رسلان

جامعة الملك فيصل




مكتبة
طريق العلم

سيكولوجية كبار السن

تأليف

أ. د. إبراهيم بن سالم الصباطي   د. محمود يوسف رسلان
جامعة الملك فيصل

١٤٢٩ هـ - ٢٠٠٨ م

ⓒ إبراهيم بن سالم الصباطي ومحمود يوسف رسلان، ١٤٢٩

فهرسة مكتبة الملك فهد أثناء النشر

الصباطي، إبراهيم بن سالم

سيكولوجية كبار السن./ إبراهيم بن سالم الصباطي؛ محمود يوسف رسلان – الهفوف، ١٤٢٩هـ

٢١٣ ص ، ١٧ × ٢٤ سم

ردمك : ٢ ـ ١٢٩٩ ـ ٠٠ ـ ٦٠٣ ـ ٩٧٨

١ – المسنون ـ رعاية ٢ ـ المسنون ـ علم نفس ٣ ـ المسنون ـ الجوانب الصحية أ. رسلان، محمود يوسف (مؤلف مشارك) ب. العنوان

ديوي ٦١٣.٠٤٣٨ ١٤٢٩/٥٢٩٨

رقم الإيداع : ١٤٢٩/٥٢٩٨

ردمك : ٢ ـ ١٢٩٩ ـ ٠٠ ـ ٦٠٣ ـ ٩٧٨

بسم الله الرحمن الرحيم

تمهيد

إن التحول والتبدل والتغير والتطور من سنن الحياة وناموسها الذي خلقه الله سبحانه وتعالى ويأتي هذا الكتاب ليبحث موضوع هام وهو كبار السن، من خلال تقديم معلومات ضرورية عنهم وجاء هذا الكتاب المتواضع ليقدم مساهمة بسيطة في إبراز أهمية هذا الموضوع حيث أن المكتبة العربية تفتقر إلى مثل هذه المؤلفات التي تناقش أمور ومشكلات كبار السن، مقارنة بالاهتمام الهائل والمتزايد بهذه الموضوعات في الدول الغربية التي يحظى فيها كبار السن باهتمام ملحوظ من جانب العلماء والباحثين، وتبذل جهود سخية لرعايتهم.

وقد لوحظ في السنوات الأخيرة اهتماماً كبيراً في هذا المجال، حيث أصبح من العلوم الحديثة التي تهتم بدراستهم من النواحي البيولوجية والفسيولوجية والاجتماعية والنفسية، وهو يعتمد في كل ذلك على جهود علماء الأحياء والاجتماع والنفس والطب.

إن كلمة كبار السن كلمة تحمل في ظلالها معان وآثار على الأسماع، فهي تحمل معنى طول العمر، وقد تعني الوقار والحكمة، وقد تعني الخروج من الحياة والعزلة والانتكاسة.

وجدير بالذكر فإنه من الصعب إجراء تحديد دقيق للتغيرات التي تحدث مع التقدم في العمر، وذلك بسبب التفاوت الكبير في الأحوال المعيشية للناس وعاداتهم.

ويتضح من التغيرات التي تصيب الإنسان في مرحلة كبار السن أنها تسير في اتجاه واحد هو النقص والتدهور مما يجعل الإنسان كبير السن في

النهاية ذو مقدرة محددة جداً على مقاومة الأمراض والإصابات وما يحدث له من مشاكل صحية مزمنة والعجز الذي يكون من الصعب على الإنسان استعادة وضعه الطبيعي بعدها معها.

لذا فإن على أي مجتمع يود أن يساير ركب التقدم أن يوجه اهتمامه إلى الموارد البشرية إضافة إلى الموارد المالية، ولذا يجب أن لا ننسى كبار السن الذين قدموا في شبابهم خدمات في مختلف المجالات، بما لديهم من خبرات تمثل ثروة لا يستهان بها يمكن أن يستفيد منها النشء الجديد، وفي إهمالهم يمثل فاقداً بشرياً يفوق خطورة الموارد المالية.

إن القارئ لهذا الكتاب سيجد أن محتواه قد جمع من مصادر ومراجع حديثة عربية وأجنبية، كتبت بأسلوب واضح يسهل فهمه ويمكن أن يستفيد منه قطاعات مختلفة من القراء فهو يفيد القارئ العادي الذي لابد أن أحد المقربين إليه من الأصدقاء أو الجيران هو من كبار السن، كما يفيد القائمين على رعاية كبار السن وكيفية التعامل معهم، إضافة إلى أن فيه من معلومات تهم كل طلاب العلم والمعرفة الذين يرغبون في التعرف على المعلومات عن هذه المرحلة.

ويشتمل هذا الكتاب على عدد من الفصول حاولنا خلالها معالجة موضوعات متعددة، فقد تناولنا في الفصل الأول منها المقدمة وبيان أهمية دراسة كبار السن والصحة النفسية الجيدة وما هي مظاهر الاضطراب لدى كبار السن، أما في الفصل الثاني فتطرقنا لماهية كبار السن والشيخوخة من الناحية الزمنية والسيكولوجية والاجتماعية والبيولوجية ثم وضع كبار السن في الغرب والشرق مع ذكر بداية الاهتمام بدراسة كبار السن، أما في الفصل الثالث فذكرنا المنظور الإسلامي لكبار السن، وفي الفصل الرابع طرحنا الأساس الفلسفي لدراسة كبار السن

وكيفية دراسة الشيخوخة وما هي مشكلات كبار السن في الجوانب البدنية والنفسية والاجتماعية والمعرفية، وفي الفصل الخامس تناولنا مظاهر التغير لدى كبار السن في جوانب تتعلق بالتغيرات الجسمية والحركية والنفسية والاجتماعية وما يحدث من تغيرات بيولوجية وفسيولوجية وعقلية وحسية وجلدية وجنسية ودينية ومن جانب آخر فقد ذكرنا ما له علاقة ببعض أمراض كبار السن مثل ارتفاع ضغط الدم والذبحة الصدرية وهشاشة العظام وخشونة المفاصل والبول السكري وأمراض الجهاز البولي والتناسلي وأمراض الفم والأسنان والسرطان وتضخم البروستاتا والأزمات القلبية وحالات فقر الدم، والأمراض والاضطرابات النفسية مثل الاضطرابات الوجدانية والمزاجية والاكتئاب العصابي والشديد والضجر والتململ، إضافة إلى عدم التحكم في العضلات القابضة وذهان الشيخوخة وعته تصلب شرايين المخ وذهان الشيخوخة الوجداني وفصام الشيخوخة ومرض باركنسون وخوريا هنتجتن والقلق ومرض الزهيمر، أما في الفصل السابع فتم عرض أهم النظريات المفسرة لمشكلات كبار السن مثل نظرية فك الارتباط ونظرية النشاط والنظرية التبادلية ونظرية الأزمة ونظرية الشخصية ونظرية التوافق ونموذج روى للتكيف ونظرية فولد للشيخوخة الناجحة والنظرية النفسية الاجتماعية لبريانت ونظرية الفعل المتسم بالعقلانية ونظرية إريكسون والمنظور الإسلامي لكبار السن وأنماط التوافق الجيد لكبار السن، وأنظمة الدعم الشخصي وبعض مبادئ الأنظمة في آخر مرحلة الرشد والشيخوخة، أما في الفصل الثامن فقد أوردنا عوامل الصحة النفسية الجيدة مثل المشاركة الاجتماعية والدعم الاجتماعي وممارسة الهوايات وخبرات الماضي والعلاقة بالعالم الخارجي والمستوى الاجتماعي

والاقتصادي والثقافي ومستوى التعليم والتفاؤل، وفي الفصل التاسع تم ذكر عوامل مظاهر الاضطراب لدى كبار السن مثل الأمراض المزمنة وتدهور الوظائف البيولوجية والفسيولوجية وتدهور المستوى المعرفي والوحدة النفسية وفقدان العمل أو التقاعد ونمط الحياة الروتينية والعجز وصعوبات التنقل والحركة وفقدان الزوج وضغوط وأحداث الحياة وانخفاض الدخل وقلة الدعم الاجتماعي والاتجاه السلبي نحو ممارسة الأنشطة وعدم القدرة على تعديل أهداف الحياة والتدين، أما في الفصل العاشر فقد تناول الاتجاهات المستقبلية في رعاية كبار السن وقد ذيل الكتاب بتعليق عام تبعه ذكر المراجع العربية والأجنبية.

نأمل أن نكون بهذا قد قدمنا للقارئ العربي الجديد النافع.

والله الهادي إلى سواء السبيل

المؤلفان

المحتويات

المقدمة

تعد مرحلة كبار السن إحدى مراحل النمو الأساسية التي يصاحبها العديد من التغيرات الفسيولوجية والبيولوجية والاجتماعية والنفسية، ويترتب على هذه التغيرات ظهور العديد من المشكلات التي تعوق توافق المسن مع أسرته ومجتمعه بوجه عام، وتؤثر على حالته النفسية والاجتماعية.

وكبار السن فئة لا يمكن إنكارها في مجتمعنا المعاصر الذي أصبح فيه للشيخوخة وجود ملحوظ نتيجة ارتفاع نسبة الكبار البالغين من العمر ستون سنة أو أكثر قياساً بعدد السكان الإجمالي وقد شهدت السنوات الأخيرة زيادة في عدد كبار السن نتيجة الرعاية الصحية والاجتماعية بهذه الفئة وقد أشار فلورنس (Florence، 2002, pp:1-3) إلى بعض الإحصاءات الخاصة بالأمم المتحدة والتي أوضحت أن ما يقرب من مليون شخص يتجاوز سن الستين كل شهر، ويتوقع أن يزيد عدد الأشخاص فوق سن الستين عن عدد الأطفال في سن الخامسة عشر بحلول عام ٢٠٥٠، وسوف يعيش الناس لفترات أطول، فقد ساعدت برامج تنظيم السكان في الحد من معدلات المواليد المرتفعة، ومن ثم فقد فرض هذا التحول الديموجرافي المزيد من المشكلات التي يجب مواجهتها، ويرى كوكس (Cox، 1993، p : 1)أن الزيادة في عدد كبار السن على مستوى

العالم ظاهرة حديثة نسبيا وهذا آدى إلى حاجة تلك الفئة إلى الدعم الاجتماعي والمادي، خصوصا مع التحول الديموجرافى في خريطة العالم ويتوقع آن يصل عدد كبار السن إلى (٢١٪) من سكان العالم وهذا يتطلب تغيرات هائلة في السياسات الاجتماعية والخدمات لتلبية حاجة كبار السن، ومع زيادة أعمار كبار السن على مستوى العالم نتيجة الرعاية الصحية المتطورة فقد تحدث لهم بعض الاضطرابات. واهتمام الشعوب بكبار السن ضئيل للغاية، وهذا آدى إلى زيادة احتياجات الرعاية الصحية لكبار السن بما فيها احتياجات الصحة النفسية. وقد وجد أن هناك (٢١٠ألفا) من الإفراد الذين يعيشون في انجلترا وويلز منهم (٢٥الف) يعانون من صعوبات في التعلم وخاصة كبار السن بنسبة (١٢٪) من العينة، كما آن هناك (٢٦٥الف) من كبار السن تتجاوز أعمارهم الستين عاماً تظهر عليهم إعاقات التعلم مع إهمال لتلك الإعاقات لديهم باعتبارها عينة فقدت مستويات آعلى من القدرة الوظيفية وانخفاض مستويات سلوك التحدي مقارنة بصغار السن. (Chane, 2005,. PP: 245-253)

وقد دفع ذلك الكثير من الباحثين إلى دراسة مرحلة الشيخوخة وفهم مشكلاتها والجوانب الإيجابية والسلبية فيها فاهتم شرويدور و مارنتي • (Schrodere & Marianti، 2006، PP3-8). بفهم نقاط الضعف في سن الشيخوخة والتي تسبب لهم القلق حيث انعدام الأمن وتزايد التعرض للتهديدات وانخفاض القدرات مما يجعلنا في حاجة ملحة لتطوير السياسة الاجتماعية لرعاية كبار السن وفهم التغيرات الاقتصادية والسياسية والثقافية لديهم ومواجهتها.

وأشار كوسك واتنر (Kosk& Ettner.2001.pp:6 -10) إلى آهمية الارتقاء بالصحة النفسية وتقديم العلاج النفسي المناسب لكبار

السن، ومراعاة الوضع الاقتصادي، السكن، العمل، التنقل والحركة، الصحة النفسية الجيدة، الرعاية طويلة الأجل باعتبارها مؤشرات للشيخوخة الناجحة.

وظهر مصطلح الشيخوخة في العدد الأول للأخصائي النفسي عام (١٩٦١) وخلال السنوات المتعاقبة يفيد بأن الوسيلة الناجحة للشيخوخة هي عدم وجود الأمراض و العاهات والحفاظ على مستويات عالية من قدراتهم البدنية والمعرفية من خلال الأنشطة الاجتماعية والأدائية واستقلالهم الذاتي، وقد تزايد الاهتمام بالشيخوخة ودراستها النفسية لدرجة أنه أصبح هناك أقسام علمية تخصصية في علم الشيخوخة Gerontology مثل سيكولوجية الشيخوخة، وعلم الشيخوخة الاجتماعي، وطب كبار السن (زهران، ٢٠٠٢، ص٤٦٩)

واهتمت لجنة خبراء الصحة النفسية التابعة لمنظمة الصحة العالمية بمشكلة الشيخوخة على أساس أنها أصبحت مشكلة تواجه بعض الدول اليوم وغداً وكلما ارتقع مستوى المعيشة وتحسنت الظروف المعيشية وتقدم الطب والعلاج كلما زاد كبار السن، وترى اللجنة ان العبء الاقتصادي في بعض الدول سيكون مشكلة خطيرة في القريب بالنسبة لرعاية للكبار السن، وستزداد نسبة إصابتهم بالاضطرابات النفسية والاجتماعية والجسمية وهذه مشكلة يجب أن تواجهها كل دولة بتخطيط البرامج لتدعيم الصحة النفسية للكبار السن وزيادة وعي المجتمع بحاجتهم وإمكانياتهم (جلال، ١٩٨٦، ص :٣٢١ – ٣٢٢)

وقد قررت الجمعية العامة للأمم المتحدة في دورتها رقم (٣٢) تشكيل جمعية عالمية للشيخوخة لمناقشة قضايا هذه المرحلة من العمر التي يمر بها الإنسان وهي مجموعة من التغيرات الاجتماعية والنفسية والعقلية

والاقتصادية التي تطرأ على الإنسان، ودعت الجمعية كافة المؤسسات المعنية بالشيخوخة وكبار السن في العالم إلى العمل على دراسة علم الشيخوخة (Gerontology) وبيولوجية الشيخوخة (The biological of aging) وعلم الشيخوخة الاجتماعي (Aging Social gerontology) وعلم نفس الشيخوخة (Aging Psychology) وطب نفس الشيخوخة (Geriatric Psychiatry) وغير ذلك من مجالات تهتم بشئون الشيخوخة وكبار السن وذلك بهدف جعل الإنسان يعيش في حالة من الصحة النفسية والجسمية والاقتصادية لفترة أطول بما هو حادث الآن (الزاد، ٢٠٠١، ص٦).

واهتم علم النفس منذ نشأته بدراسة الجوانب السلبية على حساب الجوانب الايجابية من حياة الإنسان. حيث بلغت النسبة بينهما (١٦: ١) حتى نهاية القرن العشرين، واهتم علم النفس بالخبرة الذاتية الايجابية والسمات الشخصية خلال النصف الأخير من القرن العشرين، وقد صدرت مجلة علم النفس الأمريكية عدداً خاصاً عن علم النفس الايجابي وكان من أهم مقالاتها وجود السعادة الشخصية والرفاهية وتقدير الذات لكبار السن (محمد، ٢٠٠٥، ص٢١).

كما نظر الباحثون في علم النفس إلى الشيخوخة من زاوية الآثار السيكولوجية فاعتبروا أن الشيخوخة هي مرحلة مميزة لها خصائص نفسية معينة تتمثل في حالة من الاضمحلال تعتري إمكانات التوافق النفسي و الاجتماعي للفرد، فتقل قدرته على استغلال إمكانياته الجسمية والعقلية في مواجهة ضغوط الحياة لدرجة لا يمكن معها الوفاء الكامل بالمطالب البيئية أو تحقيق قدر مناسب من الإشباع للحاجات المختلفة(حسن مصطفى عبد المعطي، ٢٠٠٥، ص١٦)، وهذا دفع الدول

المتقدمة والنامية على حد سواء على مواجهة أمراض كبار السن وتقديم الدعم والعلاج لهم (Anonymous, 2006, PP: 24-25).

إن مواجهة الشيخوخة اليوم في الولايات المتحدة الأمريكية لقت تغييرا جذريا، حسب إحصائيات مكتب التعداد الأمريكي وجد أن كبار السن فوق سن (٦٥) سنة سوف تزيد نسبتهم بحلول عام (٢٠٢٠م) إلى (١٠٪) يبين الأمريكان البيض، و(٥٪) يبين الأمريكان السود، وأن صحة كبار السن في تحسن مستمر و وأن ظروفهم الاقتصادية قد تحسنت بشكل كبير. ومع زيادة التقدم العلمي والصحي في العالم صاحب ذلك زيادة في عدد كبار السن محلياً وعالمياً في الدول النامية والمتقدمة فبلغت نسبة كبار السن بين سكان العالم عام(٢٠٠٠)، (٧٪) أي حوالي (٧٠٠) مليون نسمة ومن المتوقع أن يصل عدد كبار السن في مصر عام(٢٠١٧) إلى (١٥) مليون نسمة، وبين سكان العالم (٩٥٠) مليون عام (٢٠٢٠) بزيادة (١٤٪)من جملة سكان البلدان الصناعية والمتقدمة، وبنسبة (١٢.٥٪) من جملة السكان في الدول النامية (باظة، ٢٠٠٠، ص:٢).

وهذه الزيادة المطردة في أعداد كبار السن على مستوى العالم تحتاج إلى مراكز وجمعيات وعلاجات متطورة وقائمة على أساس علمي لمعرفة الآثار الإيجابية والسلبية لمرحلة الشيخوخة على المسن.

وتمثل الشيخوخة من الناحية السيكولوجية حالة من الاضمحلال تعتري إمكانات التوافق النفسي والاجتماعي فتقل قدرة المسن على استغلال إمكانياته الجسمية والعقلية والنفسية في مواجهة مشكلات الحياة مما يؤدي إلى حدوث العديد من الاضطرابات في شخصية المسن، واهتمت العديد من الدراسات في التراث العربي والأجنبي بدراسة مشكلات كبار السن لمعرفة أسبابها وما تسببه من اضطرابات متعددة،

وكيفية مساعدة كبار السن على التوافق مع التغيرات البيولوجية والفسيولوجية والنفسية والاجتماعية والجسمية والاقتصادية التي تحدث للكبار السن بشكل عام، فيشير نيتي وآخرون(.Niti&etal.2007) إلى الارتباط بين الاكتئاب وبعض الأمراض المزمنة التي تصيب كبار السن مثل :السكر، ضغط الدم، التهاب المفاصل، أمراض القلب، الربو، وغيرها من الامراض. واشارت دراسة اوبرى (Obaru.2005,pp:199-210) إلى مشكلات التوافق لدى الجدات اللاتي يعانين من ضغوط تربية الأحفاد مما اثر على تكيفهم النفسي. وهناك انتشار واضح للاضطرابات البيولوجية والفسيولوجية والنفسية والاجتماعية في مرحلة الشيخوخة فقد اهتمت دراسة إسكوج وآخرون (Skoog ، etal,1993, pp:33-48).

ويرى أتكنسون (Atkinson,1990,pp:55-72) أن مشكلة الشرب وتعاطى الكحول في كبار السن من المشكلات الصحية العامة وخصوصا في الرجال، ومعظم الدلائل تشير إلى ازدياد تلك الظاهرة في الأجيال القادمة، بالرغم من أن تلك المشكلة تميل إلى أن تكون خفية ويتجاهلها العديد من الأطباء، مما أسفر عن معلومات خاطئة عن مشاكل تعاطى كبار السن للكحول والدليل التشخيصي الرابع مكرر وضع مؤخرا مشاكل الكحول ضمن أمراض الشيخوخة.

بينما اهتم تيلور وآخرون (Taylor,etal,2004,.pp:467-479) بمعرفة مستوى الغضب عند كبار السن الذين يعانون من مشكلات نفسية وتوصل إلى أن هناك مجموعة من الجوانب النفسية والاجتماعية ترتبط بالغضب والسلوك العدواني لدى كبار السن المقيمين في مراكز الرعاية.

وأشار بيكمان وآخرون (Beekman.etal.2000,pp:515-527) إلى مجموعة من العوامل التي تسبب القلق لكبار السن منها :عوامل الضعف،

المستوى الصحي، المصادر الاجتماعية، ضغوط أحداث الحياة، خصائص الشخصية، نموذج التراجع اللوجستي. واهتم دنيس وآخرون (Dennis,etal,2007,pp:520-527) بالتعرف على العوامل الاجتماعية والاضطرابات النفسية والدوافع الذاتية المرتبطة بإيذاء الذات والانتحار لدى كبار السن وتمثلت تلك العوامل في الشعور بالاكتئاب نتيجة العيش بمفردهم والمعاناة من الأمراض الجسمية وتدهور الحالة الذهنية.

وقام كون وآخرون (Coon,etal,2004) باستعراض البحوث الخاصة بالاضطرابات العقلية واستخدام المواد المخدرة والمؤثرات العقلية لدى كبار السن بالسويد وقد أشارت النتائج عن وجود انتشار للخرف في العينة بلغ (٢٩.٦٪) واضطرابات ذهانية (٤.٧٪) واضطرابات أخرى (٢٤.٣٪) واضطرابات التدهور والاضمحلال (١٢.٦٪) واضطراب القلق(١٠.٥٪) وهي الأكثر شيوعاً في النساء عن الرجال، واستخدام المؤثرات العقلية في الرجال بنسبة (٣٠.١٪) وفي النساء (٤٧.٧٪) وبالنسبة للمواد المخدرة Anxiolyic تستخدم لدى كبار السن عموماً بنسبة (٣٤.٢)٪) وللمهدئات بنسبة (١٤٪) ويشير بيثانى (Bethany,2005, p:7) أن التقاعد عن العمل له آثار نفسية مثل فقدان التكيف وقلة الدعم المادي وخلل في العلاقات الاجتماعية والموت في نهاية المطاف، ،وخلص ود وربكا (Wade&Rebcca,2005,pp:267-27) في عرضيهما لأهم مظاهر الصحة النفسية في كبار السن وهي تدنى تقدير الذات، اكتئاب وقلق مرتفع، مقدرة اقل في العلاقات الحميمة وعدم تحديد العلاقات المفيدة، واهتمت دراسة بويكولر وآخرون (Buckwaler,etal,1988) بمعرفة أثر البرامج الإرشادية الفردية والمتخصصة في تقديم رعاية نفسية مهمة لكبار السن من المزارعين كنوع من تقديم الرعاية الصحية لهم.

واهتمت دراسة هيبلز وآخرون (Hybels,etal,2005,pp:1196-1202) بالتعرف على الأعراض الاكتئابية في كبار السن والتي تمثلت في التوتر، الحزن، التشاؤم، المرض، قلة النوم، فقدان الشهية، ويرى نارتا وآخرون (Narta، etal، 2007، (PP 947-954) إن ظروف العمل تلعب دوراً رئيسياً في تحديد المظاهر الإكلينيكية لكبار السن وآن الذين يعانون من قلق السمة المرتفع تزيد لديهم مخاطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية.

ويرى(أبو زيد، ٢٠٠٠، ص:١٥٢) آن محددات الحياة الطبيعية لكبار السن تتمثل في الشعور بالرضا عن النفس والحياة والصحة العقلية والجسمية والنفسية الجيدة والعلاقات الاجتماعية والتفاعل المتبادل مع الأصدقاء، واهتمت دراسة يوشيما وآخرون (Ichimiya، etal، 2005، 443-449) بالتعرف على اضطرابات النوم في الشيخوخة وعلاقته ببعض الاضطرابات النفسية ويرى هنركسون وآخرون (Henrikson، etal ، 1995، PP 275-285) إن الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً لدى كبار السن ويرتبط في درجته المتطورة بالانتحار، واهتمت دراسة آنجل (Angel,2003) بمعرفة الانتشار والعوامل المرتبطة بالاكتئاب لدى كبار السن وأظهرت الدراسة انتشار الاكتئاب بنسبة (٩.١٪) في العينة واشتملت العوامل ذات الصلة في بانتشار الاكتئاب وهى : الأوضاع الصحية المرتبطة بالتنقل، العوامل النفسية المتصورة من وجهة نظر المسن، وقوع أحداث غير سارة، عدم توافر الدعم الاجتماعي وخاصة من الزوج والأولاد، الرعاية الذاتية و تعد دراسة العوامل المرتبطة بالاكتئاب لدى كبار السن واحده من أهم قضايا الصحة العامة في العقد الحالي وضرورة تقديم الرعاية الصحية والاجتماعية والنفسية لتلك الفئة.

وهــدفت دراســة بــولنج وجبريــل (Bowling & Gabriel، 2007، pp:827-847) إلى وضع نظريات لجودة الحياة من وجهة نظر كبار السـن الـتي تمثلـت في (العلاقـات الاجتماعيـة _ الأدوار الاجتماعيـة - الأنشطة الترفيهية – التمتع بالصحة النفسية – المنزل – الحي – الظروف المالية – الاستقلال – الحرية دون قيد أو شرط – السرور – الارتياح – الرفقاء – الألفة والمحبة – الاتصال والمشاركة الاجتماعية – الشعور بالأمن)، وتشير ميلانا و ويليامز (Milna&Williams,2000,pp:699-723) أن التفاوت الاجتماعي له آثاره على الصحة النفسية للكبار السن وهناك اعتراف بتأثير ذلك على التنمية والعلاج واضطرابات الصحة النفسية في كبار السن في وقت لاحق من الحياة وعرضه بشكل خاص إلى الآثار التراكمية لمدى الحياة وعدم المساواة المتعلقة بالسن.

واهتمت دراسة بلانك(plank,2001,P:10) بالشيخوخة الناجحة في ضوء قدرة المسن على الرغبة في التغير والتفكير أو التخيل في عكس الحقائق واظهر (٦١٪) من العينة المكونة من (٥٤٥) مسن الرغبة في تعديل الماضي و(٢٩٪) لا يرغبون في التعديل و(١٠٪) لم يقدموا إجابات وافية، وأظهرت الدراسة وجود فروق بين المجموعتين في الصحة النفسية لصالح كبار السن القادرين على تغيير الماضي مما يعكس قدراتهم على الضبط الذاتي والتوجه للحياة وجوانب التغير شملت : التعليم، العمل، الزواج، الأولاد، النواحي المادية.

كما أشار مانسيفيلد وجيل (Mansfield&Gill,2007) أن الشعور بالوحدة النفسية لدى كبار السن ينتج من العوائق النفسية والاجتماعية التي تواجه كبار السن في آخر العمر، وأشارت دراسة هوليرون (Holleran,2007) إلى أهمية أساليب القيادة في علاقتها بالثقافة ومنظمات

تقديم الخدمات للكبار السن لمعرفة إمكانيات إسعافات كبار السن في قوة العمل وماهية الفرص المقدمة لهم مع انخفاض قدراتهم الجسمية والاجتماعية، ومعرفة السياسات والممارسات الإدارية التي تؤثر على كبار السن في تمكينهم من العمل، وإعادة الثقة لديهم باعتبارها سياسة المستقبل خصوصا بعد توقع ازدياد أعداد كبار السن على مستوى العالم وحاجة تلك الفئة إلى الاستمرار في العمل وهذا في حد ذاته يزيد من تفاعلهم الاجتماعي ويحسن حالتهم النفسية واستمرار لنمو الشعوب وبناء المجتمعات.

وهدفت دراسة زبجنو وآخرون (Zeppegno,etal,2005,pp:769-778) إلى التعرف على ظاهرة الانتحار بين كبار السن وخلصت إلى الارتباط بين سلوك الانتحار في كبار السن والأمراض العقلية والعلاج بالمواد المخدرة المؤثرة على المخ، والأمراض العضوية المزمنة، ويرى اندرو و دولن (Andrew&Dulin,2007,pp:596-603) أن من أهم المشكلات الصحية المرتبطة بكبار السن القلق والاكتئاب والمشاكل الصحية وخصوصا عندما يكون تقرير المسن الذاتي لصحته سلبيا، و تشير دراسة مول وآخرون (Mol,etal,2006) إلى احتمال تضاءل الذاكرة وهبوط في الوظائف الإدراكية في الشيخوخة وهذا لا يرتبط فقط بقدرة الذاكرة الفعلية ولكن أيضا بسمات الشخصية والحالة النفسية والكفاءة الذاتية، وأظهرت نتائج دراسة موري وآخرون (Moore,etal,2007) الارتباط الايجابي بين مستوى التعليم والدخل وبين الشيخوخة الناجحة والإدراك الايجابي للذات، والوظائف المعرفية، والصحة العامة،المرونة، الاشتراك في الأنشطة، الأصدقاء.

وقد أشارت نتائج بعض الدراسات التي اهتمت بدراسة الجوانب الايجابية والسلبية للصحة النفسية لكبار السن إلى حاجتهم للرعاية والعلاج خاصة في مراحل العمر المتأخرة وما ينتاب تلك المرحلة من اضطرابات مثل السمع، التذوق، الإبصار، واللمس، والترمل، والاكتئاب، والقلق، الوحدة، واليأس، والانتحار، وغيرها من الاضطرابات البيولوجية والفسيولوجية والنفسية والاجتماعية ومن تلك الدراسات دراسة باربارسيش وآخرون (Barbareschi، etal ، ، 2007) ودراسة شاترون وآخرون. (Chatteron، etal ، 2007)ودراسة مانسفيلد وجيل. (Mansfield& Gill، 2007) ودراسة أيسل وآخرون. (Aicl، etal ، 2007) ودراسة ويلين وآخرون (Wallin، etal ، 2007) ودراسة أكونكو وآخرون. (Okonkwo، etal 2007).

و يتضح من العرض السابق للأدبيات والدراسات السابقة الاهتمام بدراسة مسببات الاضطرابات النفسية لدى كبار السن حيث اختلفت تلك الدراسات في توجهاتها بدراسة كبار السن فشملت كافة الجوانب البيولوجية والفسيولوجية والنفسية والاجتماعية لكبار السن ومعرفة الجوانب الايجابية لقدرتهم على التوافق مع أحداث الحياة والتغيرات التي تطرأ عليها.

أهمية دراسة كبار السن

فئة كبار السن من الفئات التي تزداد يوما بعد يوم في معظم دول العالم المتقدم والنامي، ويتطلب هذا دورا ايجابيا من قبل الحكومات والمؤسسات لرعاية تلك الفئة والتعرف على المشكلات التي تواجههم في

حياتهم والتي تسبب لهم الاضطرابات المتعددة من اجل هدف آسمى وهو توفير عوامل الصحة النفسية الجيدة لهم.

و تنبثق الأهمية النظرية للدراسة الحالية في إلقاء الضوء على ماهية كبار السن ومشكلاتهم ورعايتهم وفلسفة دراستهم وموقف الإسلام من مساعدة كبار السن، وذلك من خلال عرض المفاهيم والمتغيرات المرتبطة بتلك المرحلة التي تعتبر من اخطر المراحل في حياة البشر حيث الضعف والتدهور والاضمحلال في جوانب متعددة جسمية وبيولوجية وفسيولوجية ونفسية واجتماعية وتحديد الاضطرابات المصاحبة لتلك المرحلة من اجل الوقوف على الأسباب وتعبئة الجهود والمساعي والبرامج التي تساعد على توافقهم النفسي والاجتماعي، والعيش في حياتهم بقدر أدنى من المشكلات، وتوفير العلاج اللازم لمن أصيب بتلك الاضطرابات،وذلك من خلال التعرف على الجهود الحديثة في التراث العربي والأجنبي التي سعت إلى تحديد عوامل الصحة النفسية الجيدة وعوامل مظاهر الاضطراب لتلك الفئة.

وتتمثل الأهمية التطبيقية للدراسة الحالية في توضيح الرؤية أمام المسئولين سواء كانوا (حكومات – مؤسسات – مراكز رعاية – المستشفيات – الأسر - الأبناء) والمجتمع عموما من اجل تهيئة المناخ المناسب للكبار السن، وتوفير حياة جيدة لهم، وتشخيص الاضطرابات المتعددة التي تلحق بهم، ووضع البرامج الإنمائية والوقائية والإرشادية العلاجية والترفيهية والاجتماعية ومحاولة الاستفادة من قدراتهم وإمكاناتهم بقدر الإمكان.

مفهوم كبار السن

كبار السن: مصطلح الشيخوخة أو كبار السن من المصطلحات التي لم يتفق الباحثين على تحديدها تحديدا بيولوجيا وفسيولوجيا ونفسيا واجتماعيا، باعتباره مصطلح يعبر عن مرحلة مهمة جدا من حياة الإنسان يتأثر فيها بظروف متعددة ومعقدة ويمكن التعرض لمصطلح كبار السن بشي من التفصيل يساعد على إعطاء تعريف واضح وعلمي لمفهوم كبار السن

فيستخدم الباحثون مصطلح كبار السن مرادفا لمفهوم كبار السن، والشيخوخة، والتقدم في العمر، واغلب الدراسات الأجنبية الحديثة التي اهتمت بدراسة كبار السن حددت العمر الزمني لهم (٦٥) سنة أو أكثر، فيرى (منير فوزي، ١٩٨٢، ص:٢٣٣) انه من المفيد من الناحية العملية دراسة كبار السن باستخدام مفهوم العمر الزمني functional والذي يعطي مؤشر للعمر بالنسبة للقدرة الأدائية.

ويعرف مجمع اللغة العربية مفهوم كبار السن أو الشيخوخة (شاخ الإنسان شيخا وشيخوخة : أسن الشياخة، منصب الشيخ وموضع ممارسته، ومن أدرك الشيخوخة وهي غالبا عند الخمسين وهو فوق الكهل ودون الهرم، وهو ذو المكانة من علم أو فضل أو رياسة (مجمع اللغة العربية، ١٩٩٠، ص:٣٥٥).

ويعرفها(أبا الخيل، ١٩٩١، ص:٢٨) بأنها : تدهور تدريجي للكائنات الحية الناضجة كنتيجة لمرور الزمن وتحدث بناء على تغيرات لا يمكن ردها وهي أساسية لإفراد الجنس البشري كله فيصبحون بمرور الزمن غير قادرين على التكيف مع الضغوط البيئية وبالتالي تزداد احتمالات الوفاة.

وهناك مجموعة أخرى من التعريفات للشيخوخة الناجحة منها :

تعريف هافيجرست (Havighurst,1961) يعرف الشيخوخة الناجحة على أنها إضافة سنوات إلى حياة الشخص والشعور بالرضا عن الحياة.

ويرى ريف (Ryff,1982) أن الشيخوخة عبارة عن توظيف ايجابي أو مثالي يرتبط بالعامل النمائي عبر حياة الإنسان، ويعرف روى و خان (Rowe&Khan,1998) الشيخوخة الناجحة في ضوء الجانب الايجابي للمتغيرات الفسيولوجية والنفسية المتعددة.

ويرى جيبسون (Gipson,1995) أن الشيخوخة الناجحة يشار إليها بواسطة تحقيق الشخص لتوافقاته والوصول إلى مستوى من الرضا النفسي والاجتماعي والجسمي ترضى النفس والآخرين.

ويشير بلمار(Pelmare,1995) أن التعريف الشامل للشيخوخة الناجحة لابد أن يتضمن استمرار العطاء، عدم الإعاقة، الرضا عن الحياة، وهذه الأبعاد تؤكد على الأبعاد النفسية والنفس اجتماعية والجسمية والفسيولوجية أو هي مكون لكل من ذلك. (in Flood,2005,p:19)

ويرى الباحثان أن كبار السن هم: الأفراد الذين يبلغون من العمر ٦٥ سنة أو أكثر مع تدهور في الجوانب البيولوجية والفسيولوجية والنفسية والاجتماعية وعدم القدرة على التوافق النفسي والاجتماعي السوي.

الصحة النفسية الجيدة

هناك مجموعة من التعريفات للصحة النفسية منها ما عرفها في ضوء الاتجاه الايجابي ومنها ما عرفها في الاتجاه المرضى وسيتم عرض مجموعه من تلك التعريفات وهي:

عرفت موسوعة علم النفس والتحليل النفسي الصحة النفسية بأنها التوافق السليم والشعور بالصحة والرغبة في الحياة (كامل، ١٩٩١، ص:١٨).

كما عرفت لجنة خبراء الصحة العالمية في منظمة الصحة العالمية، الصحة النفسية بأنها : قدرة الفرد على تكوين علاقات ناجحة مع الآخرين والمشاركة في تغيير وبناء البيئة الاجتماعية والطبيعية التي يعيش فيها وإشباع حاجاته الأساسية بصورة متوازنة وإنماء شخصية قادرة على تحقيق الذات بصورة سوية (في عبدا لعزيز عبدا لله الأحمد ١٤١٧، ص: ٥)، ويشير (غريب ، ١٩٩٠) إلى إمكانية تعريف الصحة النفسية في ضوء المحك الذاتي الذي يعتمد على مشاعر الفرد بوصفها محددا للصحة النفسية ويتضمن هذا المعنى مصطلح الصحة الجيدة والذي عرفته منظمة الصحة العالمية: بأنها حالة من الصحة الكاملة الفسيولوجية والعقلية الاجتماعية - وتتجلى في الشعور الذاتي بالراحة.

ويعرف(الصنيع، ٢٠٠٠، ص ١٩) الصحة النفسية بأنها : حالة من التكامل المستمر للفرد في النمو وإشباع حاجاته الجسمية والروحية والعقلية والانفعالية والاجتماعية بشكل سوي.

ويرى الباحث آن الصحة النفسية لدى كبار السن مرادفة لجودة الحياة، وجودة الحياة مرادفة للسعادة وتعني قدرة المسن على إشباع حاجاته البيولوجية والفسيولوجية والنفسية والاجتماعية،والقدرة على العمل بكفاءة والتكيف مع الظروف البيئية ، والاستقلال والحرية والمشاركة الاجتماعية.

مظاهر الاضطراب لدى كبار السن

وتعنى مظاهر الاضطراب لدى كبار السن الجانب السلبي في حياة الشخص النفسية والاجتماعية والتي تنعكس عليه في صورة مجموعة من الاضطرابات نتيجة لعدم القدرة على التكيف بشكل سوى، وسيتم عرض مجموعة من التعريفات لمظاهر الاضطراب وهى:

فيرى غريب عبد الفتاح أن : الاضطرابات العقلية Mental disorders هي اضطرابات تصيب الإنسان لها مظاهر نفسية وسلوكية تؤدي إلى تعطيل الإنسان وإعاقته، وتعزى إلى عوامل اجتماعية او نفسية او وراثية او فيزيقية كيمائية أو اختلالات بيولوجية (غريب ،١٩٩٩،ص :٣٩١).

ويعرف(عبد الرحمن عيسوي، ١٩٨٩، ص:٦٧) اضطرابات الشيخوخة بأنها : تمثل التغيرات العضوية التي تحدث في الشيخوخة وتؤدي إلى انهيار بعض جوانب الشخصية المتمثلة في الضعف الفيزيقي والنفسي المصاحب للتقدم في السن والشعور بقرب نهاية الحياة مع التدهور الطبيعي للجسم مما يسبب حدوث درجات متفاوتة من اضطراب الشخصية.

ويرى الباحثان أن مظاهر الاضطراب في مرحلة كبار السن تعني تدهور القدرات الجسمية والبيولوجية والفسيولوجية والمعرفية والنفسية والاجتماعية والأدائية وهذا ينعكس على المسن في صورة مجموعة من الاضطراب المتنوعة التي تعوق تكيفه داخل المجتمع.

ماهية كبار السن

دراسة كبار السن من الموضوعات التي تلقى اهتماما بالغا الآن، وتسترعي اهتمام عدد كبير من الباحثين لاستكشاف الخصائص التي تميز هذه الفئة في جوانبها الايجابية والسلبية، ولم يتفق الباحثون على تعريف جامع وشامل للشيخوخة وذلك لأنها من الظواهر الغير ثابتة في المراحل الأخيرة من حياة الفرد و تتأثر بعوامل فسيولوجية وبيولوجية ونفسية وبالبيئة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للمسن واتجاهاته ومدى تقبله لتلك المرحلة.

وهناك اختلافات في تحديد السن الذي تبدأ عندها الشيخوخة وهي ما بين (٥٥ – ٦٥ سنه) ويوجد اتفاق شبه عام على سن الستين كبداية للشيخوخة وهذا اصطلاح اتفق عليه الباحثون للشيخوخة كظاهرة صحية واجتماعية ويمكن تقسيم الشيخوخة إلى مرحلتين:(مبكرة) وتبدأ من (٦٠ – ٧٥ سنه) و (متأخرة) وتبدأ من (٧٥ – إلى نهاية العمر) (قناوى، ١٩٨٧، ص:٤٠).

ويرى اتشلز (Atchley ، 1985) أن الشيخوخة مرحلة طبيعية من مراحل الحياة لا يمكن لأحد أن يتفاداها، والشيخوخة لا تعني الزيادة في العمر وإنما تشتمل على تغيرات جسمية ونفسية واجتماعية. و يرى

المتخصصون في الطب إن الشيخوخة من منظور النمو .هي جزء طبيعي من دورة الحياة، بما فيها من خبرات السنوات المبكرة من العمر بالإضافة إلى أوضاع الحياة الحالية وتشكيل السلوك في السنوات الأخيرة من العمر (آبا الخيل، ١٩٩١، ص:٢٨).

ويشرح بيرن (1975) تاريخ الشيخوخة في ثلاثة محاور رئيسية:

أولها: الفكرة البدائية التي نشأت على الخرافات المبنية على الاعتقاد بان الناس كانوا يعيشون عمرا أطول من الماضي ويتمثل هذا المحور في موسوعة جينيس Genesis (سر التكوين) حيث دون فيه حياة عشرة من الصالحين فقد عاش ادم عليه السلام (٩٣٠) سنه وابنه شيث عليه السلام (٩١٢) سنه ونوح عليه السلام(٩٥٠) سنه.

ثانيها: فهو يختص بسكان الإقليم الشمالي البارد، حيث اعتقد الإغريق أن المناطق النائية توجد حضارة أو مجتمعا يتمتع سكانه بحياة أطول بصورة ملحوظة.

وثالثها: فهو يتعلق بفكرة استعادة الشباب وتتناول العديد من الأساطير القائلة: بان هناك نافورة يزعم أن مياهها تؤدي إلى استعادة الشباب. (Birren ، 1975,PP:15-16)

وطبقا للقاموس الطبي، فان لفظ علم الشيخوخة يشير إلى دراسة جميع أوجه الشيخوخة بما في ذلك المشاكل الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية لدى كبار السن (آبا الخيل، ١٩٩١، ص:٣٢).

ويستخدم مفهوم الشيخوخة من خلال عدة أبعاد: البعد الزمني، والبعد النفسي، والبعد الاجتماعي، والبعد الفسيولوجي وذلك على النحو التالي:

الشيخوخة من الناحية الزمنية:

يقصد بالشيخوخة وفقا لهذا المنظور: المرحلة العمرية التي تمتد من سن الستين او الخامسة والستين وحتى نهاية العمر ، ويمكن تقسيم تلك الفترة إلى مرحلتين:

المرحلة الأولى: وتسمى مرحلة الشيخوخة المبكرة من (٦٠ - ٧٥) سنه.

المرحلة الثانية: وتسمى مرحلة الهرم من (٧٥ – نهاية العمر).

الشيخوخة من الناحية السيكولوجية:

ينظر إلى الشيخوخة من الناحية السيكولوجية على أنها حالة من الاضمحلال تعتري إمكانات التوافق النفسي والاجتماعي للفرد فتقل قدرته على استغلال إمكاناته الجسمية والعقلية والنفسية في مواجهه ضغوط الحياة لدرجة لا يمكن معها الوفاء الكامل بالمطالب البيئية أو تحقيق قدر مناسب من الأشياء لحاجاته المختلفة.

الشيخوخة من الناحية الاجتماعية:

ينظر إلى الشيخوخة من الناحية الاجتماعية على أنها حالة من هجر العلاقات الاجتماعية والأدوار التي تطابق مرحلة الرشد التي يتم فيها قبول العلاقات الاجتماعية والأدوار التي تطابق السنوات المتأخرة من مرحلة الرشد.

الشيخوخة من الناحية البيولوجية:

تشير الدراسات الطبية إلى أن الشيخوخة من الناحية البيولوجية عبارة عن نمط شائع من الاضمحلال الجسمي في البناء والوظيفة يحدث

بتقدم السن لدى الكائن الحي بعد اكتمال النضج وهذه التغيرات الاضمحلالية المسايرة لتقدم السن تتعرى كل الأجهزة الفسيولوجية والعضوية والحركية والدورية والهضمية والتناسلية والغددية والعصبية والفكرية (جاد، ١٩٩٧، ص: ٣٦١ - ٣٦٢) (قناوي، ١٩٨٧، ص:١٧).وقد عرفت ندوة رعاية كبار السن المنعقدة في سوريا (البقش، ٢٠٠٠، ص:٩ - ١٠) المسن بأنه الشخص الموجود بيننا والذي آدى دورا تربويا وروحيا وإنتاجيا في حياة كل منا حتى توفر لنا آن نتمكن من متابعة حياتنا والاستمرار في أحداث تطوير ذواتنا التي صقلها وقواها، والإنسان المسن هو الذي تحدث له تغيرا حيوية طبيعية تبدأ في السنين المبكرة من العمر وتستمر مدى الحياة وتؤدي إلى ضعف الجسم وتراجع أداء الوظائف كلما تقدم في العمر فالشيخوخة إذا عملية حيوية طبيعية وليست مرضا تتأثر بنمط الحياة وعوامل البيئة والوراثة إلا أن الرعاية المبكرة في المحافظة على الصحة والوقاية من الأمراض بشكل عام وأمراض الشيخوخة بشكل خاص تؤدي إلى التمتع بالحياة والشيخوخة السوية وتأخر عملية الشيخوخة وهو آمر غاية في الأهمية من الناحيتين الجسمية والنفسية.

ويشير(بانوب ٢٠٠٢، ص:١) أن الدول النامية جرى العرف فيها على اعتماد سن الستين كحد لتعريف المسن. أما الدول الصناعية فتحدد سن المسن (٦٥) سنه. ويمكن تقسيم هذه الفئة إلى ثلاثة آقسام:

المسن الصغير ما بين (٦٥ – ٧٤) سنه، والمسن ما بين (٧٥ – ٨٤) عاما والمسن الكبير وهو ما فوق (٨٥) عاما والفئة الأولى هم الكبار الناشطون في آعمالهم ومجتمعاتهم، أما الفئة الثانية فتشمل كبار السن الذين يتمتعون بحالة تقاعد نشط ملئ بالحيوية والتمتع بالحياة والفئة

الأخيرة هي التي تحتاج إلى مساعدة ورعاية في حياتهم اليومية وان كان هذا الأمر يختلف من فرد إلى آخر ومن مجتمع إلى آخر.

وتعرف(الأشقر، ٢٠٠٥، ص:٣) الكبر في السن: بأنه ضعف الجسم المطرد في وقاية ذاته مع الزيادة المتصاعدة لعمليات الهدم الذاتي ونمو الضعف في وقاية الذات يكون ناتجا عن عجز الجهاز المناعي وضعف آلية تضمين التلف ويؤدي ذلك إلى تغيرات جسمية و فسيولوجية ونفسية ويعرف (آغا، د. ت، ص: ١٥٧ - ١٥٩) إن المسن هو من دخل طور الكبر مع التسليم بما هو متعارف عليه بان هذا الطور يبدأ من سن الستين، ويمكن تصنيف كبار السن على النحو التالي:

(آ) من حيث العمر: الكهل: هو من كان في سن (٦٠ - ٧٥) ولا زال يسهم في مجالات الحياة المختلفة بحيوية ونشاط.

- الشيخ: وهو من كان في سن (٧٥ - ٨٥) والذي ضعفت مساهمته وغالبا ما يلزم بيته.
- الهرم: وهو ما كان فوق (٨٥ فأكثر) وازداد وهنا وغالبا ما يلزم فراشه.
- المعمر: وهو من بلغ سن المائة فأكثر ولا زال آما في كهوله آو شيخوخة ممتدة.

(ب) من حيث القدرة على الحركة: فيمكن تقسيم تلك المرحلة إلى فئات ثلاثة:

- المتحرك النشط: وهو الذي لا يزال في حاله صحية تسمح له بالتحرك خارج نطاق البيت والإسهام في مختلف مجالات الحياة.

- الضعيف الملازم لبيته: وهو الذي لا تساعده حالة الصحية آلا على التحرك داخل بيته لقضاء حاجته اليومية ويحتاج للمساعدة في بعض الأحيان.
- الواهن الملازم لفراشه: وهو الذي أضعفه المرض أو اقعده إلى الدرجة التي أصبح فيها واهنا هشا لا يقدر على شي.

(ج) من حيث العمل: يمكن تقسيم تلك المرحلة إلى ما يلي:

- المتقاعد: وهو الذي كان يعمل بالمؤسسات الخاصة أو الحكومة وبلغ السن التي نصت عليها التشريعات للتقاعد.
- العامل لحسابه: وهو المهني (طبيب – محام -...الخ) أو الحرفي (سباك – كهرباتي – نجار -... الخ) الذي لا يتقيد بسن معينة للتقاعد وإنما يظل يعمل حتى تمنعه صحته المتدهورة من الاستمرار في العمل.
- الأجير الحر: وهو عامل اليومية الذي يعمل لدى الغير ولا يرتبط مع صاحب عمل بعينه، ويستمر كذلك حتى يصيبه الوهن.
- صاحب الأملاك: الذي لا يزاول عملا بعينه وإنما لديه أملاك يعيش على ريعها.

(د) من حيث الوضع الأسري: يمكن تقسيم تلك المرحلة إلى:

- المتزوج ومعه أولاد. - المتزوج وليس معه أولاد.
- المتزوج وليس له أولاد. – الأرمل ومعه أولاد.
- الأرمل وليس معه أولاد. – الأرمل وليس له أولاد.
- الأعزب ويعيش مع قريب له. – الأعزب ويعيش وحيدا.

المسنون في الغرب والشرق

تختلف المجتمعات النامية عن الدول الغربية المتقدمة في كثير من أوجه الحياة بالنسبة للكبار السن:

ففي الدول الغربية بصفة عامة توجد أعداد كبيرة من كبار السن تصل نسبتهم في كثير من الأحيان إلى(٢٠٪) من السكان،أي واحد من كل (٥) من كبار السن، وبالرغم من توفر الخدمات الطبية الخاصة بكبار السن إلا أن عددهم الهائل ومشكلاتهم الصحية المتعددة تشكل ضغطا على كافة المرافق الصحية هناك، كما تظهر مشكلة الرعاية الاجتماعية وطرق توصيل الخدمات إلى كبار السن الذين يعيشون في منازلهم ويقيمون بمفردهم في معظم الأحيان، لذلك تتعاون مؤسسات وجهات عديدة في رعايتهم منها السلطات الصحية والمؤسسات الحكومية للرعاية الاجتماعية وغيرها من المؤسسات.

وفي بعض الدول الغربية أيضا نجد بعض كبار السن ونسبتهم (٥٪) من مجموع كبار السن يعشون في مستشفيات خاصة بهم منهم كبار السن رجالا ونساء، وأيضا في مصحات عقلية، أما الغالبية العظمى والتي تزيد نسبتهم عن (٩٥٪) فإنهم يعيشون في المجتمع في منازلهم أو مع بعض ذويهم، أو بمفردهم في معظم الأحيان.وبالنسبة للكبار السن الذين يعيشون في منازلهم ويقيمون بمفردهم فإنهم يصبحون بحاجة ماسة إلى الرعاية الصحية والى من يقوم على خدمتهم، فمثلا: شيخا عنده (٨٠ أو ٩٠ عاما) وقد أصابه الوهن، فكيف يقيم بمفرده في سكن وهو يحتاج إلى متطلبات الحياة، فان هذا يبدو مستحيلا لكنه يحدث مع إصرار الكثير من هؤلاء على البقاء في منازلهم وتفضيل العيش بمفردهم على دخول المستشفات أو الإقامة في دور كبار السن، لذلك تقوم السلطات الصحية

بتوفير خدمات الرعاية الصحية عن طريق أطباء الرعاية الأولية الذين يقومون بزيارتهم في منازلهم. بالإضافة إلى ممرضات وآخصاتيين في العلاج يقومون في زيارتهم في منازلهم، وتبقى مشكله من يخدم المسن ويقوم بالأعمال المنزلية المطلوبة له، وهذا يقوم به أفراد يتم تخصيصهم لهذه المهمة ويزورون هذه المنازل بانتظام ويعاونهم أحيانا بعض المتطوعين. تبقى مشكله مهمة وهي إعداد الطعام وتوفيره للكبار السن في المنازل وهذه المهمة تقوم بها السلطات المحلية في الأحياء حيث تقدم وجبات جاهزة توزع على المنازل الذين يعيشون فيها، وإذا امتنع بعضهم عن الطعام نتيجة للحالة النفسية التي تسبب فقدان الشهية عندهم يتم توجيه دعوه لهم على الغداء مناسبة لاختلاطه بالآخرين في نادى كبار السن كوسيلة للتغلب على رتابة الحياة والملل الذي يعانون منهومهما كان الأمر فان وجود المسن في منزله حتى لو كان يعيش بمفرده يظل أفضل من دخوله المستشفيات أو نقله إلى احد دور كبار السن للعيش بها.

وإذا كان هذا هو الحال بالنسبة لكبار السن في الغرب، فان كبار السن الذين تقوم أسرهم من الأبناء والأحفاد في مجتمعات الشرق بخدمتهم حتى نهاية عهدهم بالحياة كثيرا ما يكونوا اسعد حظا من النموذج الغربي، رغم غياب كافة الخدمات المعقدة التي تحدثنا عنها.أما عن الدول النامية، فإنها لا تقدم الكثير من الرعاية الصحية والخدمات للكبار السن كما إن الكثير من دول العالم الثالث تتعرض للتقلبات السياسية وعدم الاستقرار والحروب بالإضافة إلى انتشار الإمراض المعدية ونقص الغذاء،وهذا يؤدي إلى إهمالهم لمشكلات الشيخوخة والرعاية الصحية لهم (الشر بيني، د - ت، ص: ١٣٥ - ١٤٠).

و بالرغم من ذلك فإن كبار السن تحتل في مجتمعنا العربي وضعا اجتماعيا متميزا ولها مكانة بارزة و مرموقة في المحيط العائلي مستمدة من مبادئ الشريعة الإسلامية السمحة ومن موروث القيم و التقاليد العربية الأصيلة حيث لا تزال الأسرة تتمسك بدورها الإنساني و الأخلاقي و الديني في رعاية أفرادها كبار السن وتحيطهم بكل مظاهر التقدير و المحبة و الاحترام رغم التغيرات العميقة التي لحقت بكيان الأسرة ووظائفها و مسؤولياتها بحكم التحولات المستجدة التي أصابت طبيعة الحياة المعاصرة و ما طرأ على المجتمع من تطورات سريعة و متلاحقة.

ويشير صندوق الأمم المتحدة للسكان في تقريره عن حالة سكان العالم أن دول أوروبا وأمريكا الشمالية واستراليا ونيوزلندا ستقفز نسبة سكانها الذين تتجاوز أعمارهم (٦٠ سنه) فأكثر من (١٢ ٪) عام ١٩٩٠ إلى (١٦٪) عام ٢٠١٠ والى (١٩٪) عام ٢٠٢٥، وبحلول ذلك الوقت فان (٣,٢ ٪) من سكان هذه البلدان ستتجاوز أعمارهم (٧٥ عاما) ٠ وكما في دول اندونيسيا والصين وتايلندا وكولومبيا والمكسيك ستبلغ نسبة السكان الذين ستتجاوز أعمارهم (٦٥فاكثر) لترتفع من (٥٪) عام ١٩٩٠ إلى (١٠٪) عام ٢٠٢٥، وبالنسبة للفروق بين الجنسين الخاصة بفئة كبار السن ستكون هناك أعداد اكبر من النساء المسنات تفوق أعداد كبار السن من الرجال فتشير الإحصاءات أن الزيادة بين عام (١٩٩٠ – ٢٠٢٥) ستبلغ ٥٣ مليونا للذكور و ٢٠٩مليونا من الإناث في البلدان الصناعية و(١٨٠) مليونا للذكور و(٢٠٩) مليونا للإناث في بقية بلدن العالم.أما في أفريقيا وغرب أسيا فنسب السكان الذين تتجاوز أعمارهم (٦٥ فأكثر) متدنية، فان نسبتهم بين عام (١٩٢٥ - ٢٠٢٥) لن تزيد عن (٣,٢٪) إلى (٤,٢٪) من تعداد السكان في تلك المناطق(القش، ١٩٩٠، ص: ٢٢).

ومن العرض السابق يتضح التزايد في أعداد كبار السن بصورة كبيرة وبشكل أوضح في دول العالم المتقدم، وكظاهرة صحية جديدة بالنسبة للدول النامية فيرى (موسى، ٢٠٠٢، ص:٢٠١) أن أعداد كبار السن قد ازداد على مستوى العالم من (٢٠٠ مليون) عام ١٩٥٢ إلى (٤٠٠مليون) عام ١٩٨٨، و إلى (٦٠٠) مليون عام ٢٠٠١و مع حلول عام ٢٠٢٥ يتوقع إن يزداد أعداد كبار السن إلى (١.٢ بليون) بنسبه(٧٪) من إجمالي سكان العالم المتقدم ومصر كغيرها من الدول النامية التي تعتبر ظاهرة ازدياد نسبة كبار السن جديدة نوعا ما فيها، ويشير (فهمي، ١٩٩٥ ص:٣٠ - ٣٤) أن نسبة سكان مصر فوق سن الستين كانت لا تتعدى (٥,٣٪) عام ١٩٦٧ منهم (٥٢.٢ ٪) ذكور (٥٥.٢٪) إناث ومن المتوقع أن تزداد نسبة كبار السن في مصر لتصل إلى (٤.٥٦) عام ٢٠٠٠ بالنسبة للذكور و (٤.٧٠٪) بالنسبة للإناث، وكنظرة مستقبلية تشير (باظة، ٢٠٠٠ص:٣) أن في مصر الآن ما يقارب (٢.٥) مليون نسمة من كبار السن، ومن المتوقع أن يصل هذا العدد إلى (١٥) مليون مسن بحلول عام ٢٠١٧ وفي عام ٢٠٢٠ سيصبح لدينا(٩٥٠) مليون مسن على المستوى العالمي أي بنسبة (١٤٪) من جملة سكان البلدان الصناعية المتقدمة، ونسبة (١٢,٥٪) من جملة سكان الدول النامية، ويبلغ الآن عدد كبار السن في مصر فوق ٦٥ سنه حوالي (٤.٥٪) من إجمالي السكان.

ويذكر (الوزنة، ٢٠٠٠) بأن الإحصائيات الرسمية الصادرة من دول الخليج العربي و الخاصة بتعداد السكان تشير إلى انه من المتوقع أن تصل نسبة السكان من فئة (٦٥) سنة فما فوق بالنسبة للرجال و النساء معا في عام ٢٠٢٠ (٧.٨ ٪) في الكويت و (٦.٦ ٪) في عمان و (١٤ ٪) في قطر و (١٣.٦ ٪) في الإمارات العربية المتحدة و (٥.٥ ٪) في السعودية،

وسوف تتضاعف هذه النسبة في عام ٢٠٥٠ م بسبب تقدم الرعاية الصحية و الاقتصادية في المجتمع الخليجي.

كما يذكر (خليفة، ٢٠٠١) بأن إحصائيات الأمم المتحدة تشير إلى أن وجود ظاهرة التشيخ السكاني في المجتمعات المتقدمة أكبر من وجودها في المجتمعات النامية، حيث أن نسبة كبار السن في المجتمعات المتقدمة بلغت ١٢ ٪ عام ١٩٥٠ م، وزادت نسبتها إلى ١٨,٨ ٪ عام ٢٠٠٠ م، ويمكن أن تبلغ ٣٣ ٪ عام ٢٠٥٠ م، بل ربما تبلغ بعض المجتمعات إلى ٤٠ ٪ من السكان خلال النصف الأول من القرن الواحد و العشرين. أما في المجتمعات النامية فقد بلغت نسبة كبار السن فيها ٦٪ عام ١٩٥٠ م، وزادت إلى ما يقارب ٨٪ عام ٢٠٠٠ م، وقد تصل إلى ما نسبته ٢١ ٪ عام ٢٠٥٠ م، و يرجع ذلك إلى تحسن الرعاية الصحية، إضافة إلى التقدم في علاج الأمراض في هذه المجتمعات.

ويرى كوكس (Cox,1993,p:3) أن الزيادة الكبيرة في عدد كبار السن هي ظاهرة حديثة نسبياً في العديد من بلدان العالم وهذا أدى إلى حاجة هؤلاء كبار السن إلى الدعم الاجتماعي والمادي حتى لا يتعرضوا لقيود نتيجة الضعف في أدائهم مما يهدد استقلالهم الذاتي حيث التقدم العلمي الحادث في هذا العصر وخصوصاً في مجالات الوقاية من الأمراض والعلاج وبالتالي فإن معدل الوفيات من أمراض مزمنة أو حادة قد أنخفض ومعدل العمر الافتراضي قد استمر في الزيادة ومن المتوقع أن يصل معدل كبار السن(٢١٪) من عدد السكان في العالم ويتطلب هذا التحول الديموجرافى تحول هائل في السياسة الاجتماعية والخدمات لتلبية احتياجات كبار السن على مستوى العالم.

وفيما يلي جدول يوضح نمو أعداد كبار السن في مصر من عام (١٩٩٦ - ٢٠١٠).

جدول رقم (١) النسبة العمرية المتوقعة لكبار السن (٦٠سنة فأكثر) في جمهورية مصر العربية فيما بين عام(١٩٩٦ -٢٠٢١) طبقاً للجنس.

السنوات	الجنس	المجموع الكلي للسكان مقدر بالمليون	النسبة	المئوية	للأعمار
			٠ -١٤	١٥ -٥٩	٦٠سنة فأكثر
١٩٩٦	ذكور	٢٩,٨٣	٣٧ ٠	٥٧.٤	٥,٦
	إناث	٢٨,٨٢	٣٦.٤	٥٧.٠	٦.٦
	مجموع	٥٨.٦٥	٣٦.٤	٥٧.٢	٦ ١
٢٠٠٦	ذكور	٣٥ ٥٠	٣١ ٢	٦٢.٣	٦.٥
	إناث	٣٤.٥١	٣٠.٦	٦١.٦	٧.٨
	مجموع	٧٠ ٠١	٣٠.٩	٦٢.٠	٧.١
٢٠١٦	ذكور	٤١.١٤	٢٨.١	٦٣.٨	٨.١
	إناث	٤٠.١٩	٢٧ ٤	٦٢٩	٩.٧
	مجموع	٨١.٣٣	٢٧ ٨	٦٣.٣	٨.٩
٢٠٢١	ذكور	٤٣.٧٤	٢٦.٢	٦٤.٦	٩.٢
	إناث	٤٢.٨٤	٢٥.٥	٦٣.٦	١٠.٩
	مجموع	٨٦.٥٨	٢٥.٩	٦٤.١	١٠.٠٠

(الجهاز المركزي لتعبئة العامة و الإحصاء، ٢٠٠٥)

من الجدول السابق يتضح أن نسبة كبار السن في ازدياد مستمر يوما بعد يوم وهذه الفئة تحتاج إلى تضافر الجهود من قبل المؤسسات الحكومية في المجتمع المدني الرسمية وغير الرسمية من اجل رعايتهم وتحسين معيشتهم باعتبارها فئة الأكثرية وهي تعاني من مشكلات

بيولوجية و فسيولوجية ونفسية وجسمية إذا لم يؤخذ ذلك في الاعتبار من قبل الحكومات والمختصين برعاية تلك الفئة ستظهر عليهم أثار تلك المشكلات في صورة مجموعة من الاضطرابات التي تحتاج إلى العلاج وإعادة التأهيل وهذا الأمر بالغ التكلفة كل هذا يؤيد الأدبيات والدراسات التي اهتمت بدراسة تلك الفئة لمعرفة جوانب القوة وتنميتها ومعرفة جوانب الضعف وعلاجها وتأهيلها.

بداية الاهتمام بدراسة كبار السن

يوجد اهتمام بكبار السن منذ قديم الزمان فالأساطير والآداب العالمية تزخر بالكثير من اللوحات التي تصور تلك المرحلة بكل أمراضها واضطراباتها وما تسيره في نفوس أصحابها من شعور بالوحدة والوهن وعدم تكيف اجتماعي.

وقد بدا الاهتمام بمرحلة كبار السن منذ سنه ١٨٦٠ وذلك في كتابات فولورانس flourens عن الشيخوخة البشرية وتوزيعها على سطح الكرة الأرضية ثم تطور هذا الاهتمام بكبار السن بعد ذلك إلى دراسة المشكلات الاجتماعية التي تنتشر بين كبار السن ويعد كتاب هول hall الذي ظهر عام ١٩٢٢ ليصف النصف الأخير من عمر الإنسان هو البداية الحقيقية للدراسات البيولوجية والنفسية للكبار السن،كما يعد صدور كتاب مشكلات كبار السن لكاوردي ١٩٣٩ من الأعمال المبكرة للتعريف بالنواحي البيولوجية والطبية لكبار السن ثم تبع ذلك دراسة مشكلة التكيف الاجتماعي للكبار السن والتي قامت بها لجنة من الجمعية الأمريكية للعلوم الاجتماعية ١٩٤٣ ثم تطور البحث في هذا المجال إلى وجهته النفسية الصحيحة وذلك في الفترة من عام ١٩٤٦ إلى سنه

١٩٥٨ عندما عكفت جامعة كمبريدج على دراسة مظاهر تغير الأداء الإنساني (خليفة، ١٩٩٧، ص: ٣ -٤)، ثم بلغ هذا الاهتمام العالمي بكبار السن ذروته بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة عام ١٩٧٨ (الدورة الثالثة والثلاثون) بعقد التجمع العالمي للكبار وكبار السن عام ١٩٨٢ والذي سبقته ندوات وحلقات دراسية محلية وإقليمية (اغا، د .ت، ص: ١٤٩). كما عقد المؤتمر العالمي للشيخوخة في فيينا في النمسا ١٩٨٢ واختارت الأمم المتحدة شجرة التين الهندي شعارا للمؤتمر باعتبارها ترمز إلى طول العمر والاعتماد على النفس والاستمرار في النمو، وقد اشتملت الموضوعات المطروحة أمام هذا المؤتمر على موضوعات إنسانية تتصل بالاحتياجات الخاصة بكبار السن والتي تتعلق بالصحة والإسكان والبيئة والسعادة الاجتماعية والأمان الاقتصادي والتعليم والأسرة (قناوي، ١٩٨٧، ص: ٩٥ - ٩٦).

وقد افرد فريمان (Freeman,1979,pp: 17-50) تسع فترات تاريخية في المعرفة العلمية للشيخوخة وهي:

١ - خلال الفترة منذ بداية التاريخ المدون حتى تطور حضارة البحر الأبيض المتوسط في الصين والهند واسيا الصغرى وكانت الشيخوخة تعامل على أنها مرض لا بد من اخذ بعض الأدوية لعلاجه.

٢ - فترة نفوذ دول البحر المتوسط الشرقية وتشمل حضارات دجلة والفرات والحضارات القبطية والمصرية والتوسعات الإغريقية في مصر واليونان حيث كان ينظر إلى الشيخوخة على أنها شر، وعكف المصريون على دراسة التغيرات الجسمية التي تحدث لكبار السن واستخدموا الدواء في محاولة لمنع شرور الشيخوخة.

٣ - الفترة الرومانية الإغريقية وظهور الطبقة الطبية العلمية آمثال (آبو قراط، أرسطو، سليوس، جالنيوس، سيشرون) والتي نظرت إلى الشيخوخة على أنها نوع من النفور وكان ينصح المسنون بالدفئ وان يحافظوا على رؤوسهم باردة والصوم يوما واحدا في الأسبوع ليتخلصوا من آثار الشيخوخة.

٤ - فترة العصر العربي اليهودي منذ انتشار العالم العربي في بغداد وقرطبة حتى سقوط الإمبراطورية المغربية وهي فترة آوصى بها كبار السن أن يلتزموا بالممارسات الشخصية التزاما تاما وان يستنزفوا الدم بصورة منتظمة(الحجامة) اعتقادا إن ذلك يسهم في التقليل من آثار الشيخوخة.

٥ - فترة النشوء الأوربي وامتزاج الفلسفة الإنسانية بالفلسفة (بيكون، ذيري، رافنشد) حيث كان ينظر إلى كبار السن على انه مرض نتيجة فقدان الحرارة، وتم تحديد ثلاث مائه مرض يصاب بها كبار السن عامة.

٦ - فترة التوسع الأوربي: (عصر النهضة) حيث كان يتم تشجيع كبار السن على الغطس في نافورة الشباب حتى يعودوا شبابا مرة أخرى، كما كان ينصح بتناول بعض المشروبات مثل الماء الساخن والماء البارد والخمور ظنا منهم أنها وسائل تسهم في علاج الشيخوخة.

٧ - خلال فترة الاتجاه العام نحو المعرفة حيث قام العلماء آمثال (بيتون، رست، فرانكلين، فوشرجيل) بكتابة ملاحظات عن الإمراض الطبيعية لكبار السن ولاحظوا إن قليل من الناس يموتون في الشيخوخة بسبب الإمراض.

٨ - فترة الهيمنة الإنجليزية في القرن التاسع عشر، حيث كان ينظر إلى سن الستين على أنها بداية للخرف، كما كان يعتقد أن بعض العادات السيئة للشباب تجعل الفرد يشيب قبل الأوان.

٩ - العصر الحديث للشيخوخة حيث يشير كوالا و آبيليس (QUALL& abeles, 2000)إلى أن القرن العشرين قد شهد ظاهرة تشيخ سكاني population aging أو ما يسمى أحيانا ثورة الشيخوخة aging revolution، ويقصد بها زيادة نسبة كبار السن في العالم، ويرجع ذلك إلى قلة الإخصاب و نقص معدلات الإنجاب، مع زيادة في متوسطات الأعمار من حوالي ٤٦ سنة في عام ١٩٥٠ م إلى حوالي ٦٨ سنة عام ٢٠٠٠ م، ومن المتوقع أن تصل متوسطات الأعمار إلى ٧٦ سنة عام ٢٠٥٠ م، وقد تصل إلى مائة سنة أو أكثر في بعض المجتمعات خلال الألفية الثالثة.

أما ما يحدث في هذا القرن الحالي (القرن الحادي و العشرين) فهو يهدف إلى أطالة العمر، و إلى تحسين جودة الحياة للكبار السن.

أما على المستوى العربي فقد بدأ الاهتمام بكبار السن ودراستهم انطلاقا من تراثنا الديني والقيم والتقاليد التي أكدت على:

-الإنسان: أسمى المخلوقات وهو مكرم ومكانته محترمه.

-احترام الكبير وتوقيره وتكريمه ورعايته من السمات الراسخة في وجدان المجتمع.

-المجتمع المسلم مجتمع متماسك ومتراحم ومتكاتف وتسوده قيم التكافل.

-رعاية الوالدين حق أكدته الشرائع السماوية لهما، وتفعيلا لذلك فقد أولى مجلس وزراء الشؤون الاجتماعية العرب شريحة كبار السن ما تستحقه من عناية ورعاية منذ السنوات الأولى لإنشائه

كما أعدت الأمانة الفنية لجامعة الدول العربية بيانا بمناسبة الاحتفال العالمي الدولي لكبار السن ١٩٩٩. وسعيا نحو خطوات عملية وإجراءات هادفة لكبار السن قرر مجلس الشئون الاجتماعية العرب عقد اجتماع تنسيقي للجان الوطنية لكبار السن، كما أعدت الأمانة الفنية أيضا القانون النموذجي لكبار السن في الوطن العربي للاسترشاد به عند وضع القوانين المحلية الخاصة بكبار السن في البلدان الأعضاء (القش، ٢٠٠٠،ص: ٩٤ -٩٦).

وتطبيقا لما سبق فقد اهتمت دراسات علم النفس المرضى والايجابي في الأونة الأخيرة بدراسة فعاليات وقوى الإنسان وتحسين مستواه الصحي ووجوده في الحياة، واهتم علم النفس المرضي والصحة النفسية بدراسة الإمراض والاضطرابات التي قد تصيب آو تحدث لكبار السن وتؤثر على نوعية الحياة، أما علم النفس الايجابي فاهتم بتحسين نوعية الحياة والسعادة والحيوية والرضا والقناعة والأمل والتفاؤل في المستقبل بهدف جعل المسن متمتعا بسمات شخصية ايجابية ونشطة كالقدرة على الحب والكفاءة وإقامة علاقات جيدة مع الآخرين والتسامح والتعقل عند التفكير في المستقبل والتمسك بالقيم الروحية والحكمة كثمرة لخبراته الحياتية والمسؤولية والتحمل والاعتدال باعتبارها مؤشرات ايجابية تحسن نوعية او جودة الحياة لدى الإنسان ولدى كبار السن على وجه الخصوص (م عبدا لرحمن، الشناوي، ٢٠٠٥، ص:١٠٢).

ويتضح مما سبق الاهتمام بفئة كبار السن على المستوى العالمي والعربي وذلك رد فعل طبيعي للأعداد المتزايدة والمثيرة للانتباه في كبار السن ومحاولة تحسين نوعية الحياة لتلك الفئة.

ويمكن تحديد مجموعة من الأسباب التي أدت إلى الاهتمام العالمي والمحلي بكبار السن وهي:

١ - تزايد نسبة كبار السن سنة بعد أخرى وحاجاتهم إلى الخدمات والرعاية المنبثقة عن دراسات علمية للمظاهر الجسمية والحسية والعقلية المعرفية والانفعالية العاطفية والاجتماعية.

٢ - معرفة إمكانيات كبار السن وحاجاتهم واهتماماتهم.

٣ - اعتبار كبار السن من الثروات البشرية لأي مجتمع باعتبارهم فئة لديهم من الخبرة والمهارة ما يمكن أن يفيد في تقدم المجتمع وتطوره.

٤ - ظهور علم النفس و العلوم المتصلة به والتي اهتمت بدراسة الإنسان من المهد إلى اللحد ومعرفة مظاهر النمو والنضوج واكتمال الشخصية والضعف والتدهور الذي يحدث للإنسان أثناء مراحل حياته.

٥ - ارتفاع نسبة الأمية في العالم الثالث مما يجعل كبار السن المتحكمين في مقاليد الأمور في بعض المناصب العلمية فئة يجب دراستها من اجل رعايتهم والمحافظة عليهم

٦ - من الأسباب الإنسانية لدراسة كبار السن هي إضافة المعرفة إلى البشرية حتى يستطيع كل إنسان يصل إلى تلك المرحلة أن يفهم نفسه وحاجاته والتغيرات التي تطرأ على وظائفه الجسمية والفسيولوجية والنفسية والعقلية والاجتماعية وفهم غيره من المحيطين به (عيسوي، ١٩٨٩، ص: ٢٩ -٣١) و (خليفة، ١٩٩٧،ص: ٩ -١٠).

كبار السن من منظور إسلامي

إن نظرة الإسلام لفئة كبار السن وما يتعلق بها من حالة الضعف والوهن التي تصيبهم مع تقدم السن واضحة، فالله سبحانه وتعالى هو الذي وهبنا الحياة ولا يملك أي إنسان أن يضع نهاية لحياته تحت أي ظروف، فقد أوصى الله سبحانه وتعالى جميع فئات المجتمع بالمعاملة الحسنة للمسن سواء كان أبا أو أما أو قريبا أو شخصا عاما في المجتمع فقال تعالى {وقضى ربك ألا تعبدوا إلا إياه وبالوالدين إحسانا إما يبلغن عندك الكبر أحدهما أو كلاهما فلا تقل لهما أف ولا تنهرهما وقل لهما قولاً كريماً} سورة الإسراء أية (٢٣) وقال تعالى {ووصينا الإنسان بوالديه حسنا} سورة العنكبوت أية (٨) وتتضمن آيات القران الكريم وصفا دقيقا لحال الإنسان منذ بداية خلقه واكتمال النضج ثم الشيخوخة التي تشبه في الضعف والتدهور المراحل الأولى للإنسان وخصوصا في التكوين البدني والنفسي والفسيولوجي والبيولوجي فقد قال سبحانه وتعالى {يا أيها الناس إن كنتم في ريب من البعث فإنا خلقناكم من تراب ثم من نطفة ثم من علقة ثم من مضغة مخلقة وغير مخلقة لنبين لكم ونقر في الأرحام ما نشاء إلى أجل مسمى ثم نخرجكم طفلاً ثم لتبلغوا أشدكم ومنكم من يتوفى ومنكم من يرد إلى أرذل العمر لكيلا يعلم من بعد علم شيئاً}سورة الحج

آية(٥). وقوله تعالى {والله خلقكم ثم يتوفاكم ومنكم من يرد إلى أرذل العمر لكي لا يعلم بعد علم شيئاً إن الله عليمٌ قدير} سورة النحل آية (٧٠). وقد وصف القران الكريم ما يصيب الإنسان في الكبر من تدهور في حالته والتغيرات التي تحدث في تكوينه فيقول تعالى {ومن نعمره ننكسه في الخلق أفلا يعقلون} سورة يس آية (٦٨) وهذا التدهور الذي يصيب الإنسان في الكبر يشبه الحالة التي كان عليها عند بداية خلقه فيقول تعالى{الله الذي خلقكم من ضعف ثم جعل من بعد ضعف قوة ثم جعل من بعد قوة ضعفاً وشيبه يخلق ما يشاء وهو العليم القدير} سورة الروم آية (٥٤).

ويتطرق الوصف الإلهي لمظاهر الشيخوخة وذلك كما جاء على لسان نبي الله زكريا عليه السلام {قال رب إني وهن العظم مني واشتعل الرأس شيباً ولم أكن بدعائك رب شقياً} سورة مريم آية (٤) وقوله تعالى استجابة لدعاء سيدنا زكريا بميلاد ابنه يحيى عليه السلام {قال رب أنى يكون لي غلام وكانت امرأتي عاقراً وقد بلغت من الكبر عتياً} سورة مريم آية (٨). فالتغير سنة من سنن الحياة وعلى المؤمن الامتثال لأوامر الله بنفس مطمئنة حتى ينعم بالسلام النفسي والاطمئنان الروحي. وقد حثنا الرسول صلى الله عليه وسلم في أحاديث كثيرة على الاهتمام بالصحة وخاصة كبار السن فقال صلى الله عليه وسلم) المؤمن القوي خير وأحب إلى الله من المؤمن الضعيف وفي كل خير (كما روى أنس بن مالك رضي الله عنه إن الرسول صلى الله عليه وسلم قال) ما أكرم شاب شيخا من اجل سنه إلا قيض الله له في سنه من يكرمه (وما رواه العباس رضي الله عنه عن الرسول صلى الله عليه وسلم) ليس منا من لم يرحم صغيرنا ولم يوقر كبيرنا ويأمر بالمعروف وينهى عن المنكر.

وقد رغب رسول الله صلى الله عليه وسلم في بر الوالدين فقال عليه السلام (بروا آباءكم تبركم أبناءكم) وقد ثبت بالدليل القاطع أن علاقة الإنسان بربه وحرصه على الجوانب الإيمانية والروحية تدعم الصحة النفسية وعلى كل إنسان أن يعي جيدا آن ما يجنيه في كبره هو ما زرعه في شبابه.

وقد جعل الإسلام ثواب خدمة الوالدين يعادل ثواب الحج والعمرة والجهاد في سبيل الله. فقد آتى رجل إلى رسول الله صلى الله عليه وسلم وقال : أشتهي الجهاد ولا أقدر عليه، قال صلى الله عليه وسلم (هل بقي من والديك أحد ؟) قال أمي. قال : (فاسأل الله في برها ، فإذا فعلت فأنت حاج ومعتمر ومجاهد) رواه الطبراني.

وجاء رجل إلى رسول الله صلى الله عليه وسلم وقال يا رسول الله أبايعك على الهجرة والجهاد قال صلى الله عليه وسلم (هل من والديك أحد حي). قال نعم كلاهما. قال : فيبغي الأجر من الله تعالى ؟) قال : نعم. قال : (فارجع إلى والديك وأحسن صحبتهما) وفي رواية أخرى ففيهما فجاهد) رواه مسلم ويشير(مرسى، ٢٠٠٦، ص : ١٠١ – ١٠٢) إلى مجموعة من **واجبات الأبناء في بر الوالدين وهى:**

جعل الإسلام بر الوالدين واجباً على الأبناء وحقوقاً للآباء وجعلها من العبادات التي تقرب إلى الله سبحانه وتعالى، ليخلص الأبناء في الإحسان إلى الآباء. وتتلخص واجبات الأبناء في بر الوالدين في الآتي :

١ - طاعتهما في كل أمر يأمران به في غير معصية، وإنفاذ عهدهما. فقد قال رسول الله صلى الله عليه وسلم : (طاعة الله في طاعة الوالدين، ومعصية الله في معصية الوالدين). (رواه الطبراني).

٢ - مصاحبتهما في الدنيا معروفاً، ولين القول لهما، والرحمة بهما، والائتلاف معهما. قال تعالى: {وإن جاهداك على أن تُشرك بي ما ليس لك به علم فلا تطعهما وصاحبهما في الدنيا معروفاً} [سورة لقمان:١٥]، وجاء رجل رسول الله صلى الله عليه وسلم وقال يا رسول الله من أحق الناس بحسن الصحبة ؟ قال صلى الله عليه وسلم : (أمك ثم أمك ثم أمك ثم أباك ثم أدناك) (متفق عليه).

٣ - الاجتهاد في عمل ما يرضيهما، ويفرحهما ويضحكهما، ويشرح صدريهما. فقد قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: (رضا الرب في رضا الوالدين وسخط الرب في سخط الوالدين) (رواه الطبراني).

٤ - توقيرهما واحترامهما، والاستئذان عليهما، والقيام لهما، وتعظيم شأنهما. فقد جاء رجل إلى رسول الله صلى الله عليه وسلم ومعه شيخ. فقال صلى الله عليه وسلم : من هذا معك ؟ قال : أبي. قال صلى الله عليه وسلم: لا تمش أمام أبيك ولا تقعد قبله، ولا تدعه باسمه، ولا تستسب له (رواه البيهقي) أي لا تكون سبباً في مسبته.

٥ - الإنفاق عليهما، وقضاء ديونهما. فقد قال تعالى: {يسألونك ماذا ينفقون قل ما أنفقتم من خير فللوالدين والأقربين و اليتامى والمساكين وابن السبيل} [سورة البقرة :٢١٥]. وقال رجل يا رسول الله : إن لي مالاً وولداً وإن أبي يريد أن يجتاح – أي يريد أن يأخذ مالي. قال صلى الله عليه وسلم : (أنت و مالك لأبيك) (رواه ابن ماجة)، وقال صلى الله عليه وسلم أيضاً : (إن أطيب ما

آكلتم من كسبكم وإن أولادكم من كسبكم فكلوا هنيئاً مريئاً) (رواه أبو داود).

٦ - إلزام قدميهما، والقيام بخدمتهما وإطعامهما وكسوتهما، ودفع الأذى عنهما، والتضحية من أجلهما، ولاسيما في المرض والعجز، فعن طلحة بن معاوية السلمي – رضي الله عنه – قال أتيت رسول الله صلى الله عليه وسلم فقلت : يا رسول الله أريد الجهاد في سبيل الله قال صلى الله عليه وسلم : أمك حية ؟ قلت : نعم قال صلى الله عليه وسلم : الزم رجلها فثم الجنة (رواه الطبراني). وفي رواية أخرى للطبراني (أتى رجل رسول الله صلى الله عليه وسلم يستشيره في الجهاد فقال صلى الله عليه وسلم : آلك والدان ؟ قال : نعم. قال صلى الله عليه وسلم : فالزمهما فإن الجنة تحت أرجلهما).

٧ - التواصل معهما بالزيارات والهواتف، واستقبالهما بابتسامة وبشاشة في كل الأحوال، وإن اختلفا مع الابن (أو الابنة) في الدين أو المذهب، أو التوجهات النفسية والفكرية والاجتماعية والسياسية. فعن أسماء بنت أبي بكر – رضي الله عنهما – قالت: قدمت علي أمي وهي مشركة في عهد رسول الله صلى الله عليه وسلم، فاستفتيت رسول الله صلى الله عليه وسلم وقلت: قدمت أمي وهي راغبة، أفأصل أمي ؟ قال صلى الله عليه وسلم : (نعم صلي أمك) (متفق عليه).

٨ - برهما بعد موتهما، بالدعاء والاستغفار لهما، وإنفاذ عهدهما، وصلة الرحم التي لا توصل إلا بهما، وإكرام صديقهما. فقد جاء رجل رسول الله صلى الله عليه وسلم وقال : يا رسول الله هل بقي

من بر أبوي شيء أبرهما بعد موتهما ؟ قال صلى الله عليه وسلم : نعم الصلاة عليهما والاستغفار لهما وإنفاذ عهدهما من بعدهما، وصلة الرحم التي لا توصل إلا بهما، وإكرام صديقهما، فهو الذي بقى عليك من برهما بعد موتهما. (رواه أبو داود).

٩ - إكرام صديقهما في حياتهما وبعد موتهما. فقد قال رسول الله صلى الله عليه وسلم : (إن من أبر البر صلة الولد أهل ود أبيه بعد أن يولى) (رواه مسلم)، وقال : (من أراد أن يصل أبيه في قبره فليصل إخوان أبيه من بعده).

١٠ - الدعاء لهما بعد موتهما، فالابن (أو الابنة) من كسب والديه، ومن عملهما الصالح، الذي يستمر ثوابه لهما بعد موتهما. فقد قال رسول الله صلى الله عليه وسلم : (إذا مات ابن آدم انقطع عمله إلا من ثلاث : صدقة جارية، وعلم ينتفع به، وولد صالح يدعو له) (رواه مسلم).

١١ - أداء فريضة الحج والعمرة عنهما إذا ماتا ولم يحجا أو يعتمرا. فقد قال رسول الله صلى الله عليه وسلم : (من حج عن أحد والديه أجزأ ذلك عنه، وبشر روحه بذلك في السماء، وكتب عند الله باراً). وجاء رجل النبي صلى الله عليه وسلم وقال : يا رسول الله إن ابي شيخ كبير لا يستطيع الحج والعمرة ولا الظعن. قال صلى الله عليه وسلم (حج عن أبيك واعتمر). وجاءت امرأة في حجة الوداع، وقالت يا رسول الله إن فريضة الحج أدركت أبي شيخاً كبيراً، لا يستطيع أن يستوي على الراحلة، فهل يقضى عنه أن أحج عنه ؟. قال : (نعم) (رواه البخاري).

١٢ - التصدق عنهما، فقد قال رسول الله صلى الله عليه وسلم : ما على أحد إذا أراد أن يتصدق بصدقة يجعلها لوالديه إذا كانا مسلمين، فيكون لوالديه آجرها، ويكون له مثل أجورهما من غير أن ينقص من آجورهما شيئاً (رواه أبو داود). وجاء رجل النبي صلى الله عليه وسلم وقال : يا رسول الله إن أمي ماتت آفأتصدق عنها ؟ قال صلى الله عليه وسلم : نعم) (رواه آبو داود). وجاء آخر النبي صلى الله عليه وسلم وقال : يا رسول الله إن أبي قد مات ولم يوص، أفينفعه أن أتصدق عنه ؟ قال صلى الله عليه وسلم : نعم) (رواه مسلم).

١٣ - خفض الجناح لهما، والتسامح معهما. فقد قال الله تعالى :} واخفض لهما جناح الذل من الرحمة وقل رب ارحمهما كما ربياني صغيرا {سورة الإسراء : آيه٢٤).

١٤ - الاستغفار لهما : فقد قال رسول الله صلى الله عليه وسلم (ترفع للميت بعد موته درجة، فيقول : أي رب أي شيء هذه ؟، فيقال ولدك استغفر لك)(رواه البخاري). وفي رواية أخرى (إن الرجل لترفع درجته في الجنة فيقول : أنى هذا ؟، فيقال : باستغفار ولدك لك)(رواه ابن ماجة)

وهناك العديد من الدراسات العربية والأجنبية التي تؤيد فكرة ارتباط الصحة النفسية بالتدين مثل دراسة (أبو سوسو، ١٩٨٦)، ودراسة (حسن، ١٩٨٧)، ودراسة (حسن، ١٩٩٠)، ودراسة (حمادة، ١٩٩٢)، ودراسة (جنيد، ١٩٩٤) ومن الدراسات الأجنبية مثل دراسة زيكا و شامبرلاين(Zika,&Chamberlain و1992)، ودراسة فرانكل و هيوت

(Ferraro& Koch, 1994)وكوج (Frankel& Hewitt, 1994) ودراسة فيرارو و كوج(Ferraro& Koch, 1994)

ودراسات آخرى تناولت التدين والاضطرابات منها دراسة مصطفى الشرقاوي (١٩٨٥)، ودراسة (البنا ، ١٩٩٠)، ودراسة (ا لعزيز موسى، ١٩٩٣)، ودراسة (خليل وآخرون، ١٩٩٤)، ودراسة نيلسون(١٩٨٩، Nelson)، ودراسة روس(Ross,1990)، ودراسة ستاك و واسيرمان(Stack& Wasserman 1992).

الأساس الفلسفي لدراسة كبار السن

تمثل فئة كبار السن شريحة كبيرة نوعا ما من شرائح المجتمع وتحاول جميع الدول على المستوى العالمي والمحلي الاستفادة من تلك الفئة وما تملكه من خبرات ومهارات يجب الحفاظ عليها والاستفادة منها وهذا لن يأتي إلا من خلال الاهتمام بدراسة تلك الفئة والعمل على رعايتهم وهناك أسس فلسفية تقوم عليها دراسة كبار السن منها :

١ - مبدأ إنساني : ينبثق من خلال الحرص على مكانة الإنسان وصياغة كرامته لكونه المخلوق الأكثر تكريما وتفضيلا على سائر المخلوقات ولذلك يجب دراسة ومعرفة الجوانب الايجابية و السلبية في حياته.

٢ - مبدأ الدمج : أي دمج كبار السن في المجتمع وعدم عزلهم حتى يتفاعلوا نفسيا واجتماعيا مع المحيطين لهم ومع بيئتهم المحلية.

٣ - مبدأ التكامل : وهو تحمل أكثر من هيئة أو جهة أو مؤسسة دراسة كبار السن لمعرفة كيفية رعايتهم سواء من خلال تنمية قدراتهم الشخصية لتدعيم الرعاية الذاتية لديهم أو من خلال تعريف الآسرة التي بها مسن أو أكثر بالخصائص الفسيولوجية والبيولوجية والنفسية والاجتماعية لهذا المسن وكيفية التعامل معه ورعايته أو من خلال إثارة

انتباه مؤسسات المجتمع المدني سواء كانت رسمية أو غير رسمية بحاجة تلك الفئة من المجتمع (كبار السن) إلى الدراسة والرعاية والتنمية والعلاج (عمران، ٢٠٠٠، ص: ١٣٢ -١٣٣).

٤ - **مبدأ التغير** : أن كبار السن في حاجة إلى فهم كل ما يتصل بهم من عملية النضج والتقدم في العمر وذلك حتى يدركوا التغيرات التي تطرأ على طاقاتهم العقليةوالبدنية وبناء شخصياتهم في المجتمع الأمر الذي يساعدهم على تقبل تلك التغيرات في سهوله ويسر.

٥ - **مبدأ التنمية** : يتم هذا المبدأ من خلال تزويد كبار السن بمجموعة من المعارف والمهارات التي تساعدهم على الاحتفاظ بصحتهم واتباع أساليب معيشتهم حتى تتلاءم مع عمرهم وذلك لكي يقيهم من الأمراض المزمنة بالإضافة لمارساتهم للأنشطة والمهارات التي توفر لهم حياة أسرية وعلاقات اجتماعية مناسبة.

٦ - **مبدأ تقديم الخدمات الاجتماعية للكبار السن** : وذلك من خلال ضرورة إعداد متخصصين يسند إليهم الأمر للتعامل مع هذه الفئة حتى يكونوا على إلمام بالنواحي النفسية والاجتماعية والفسيولوجية لعملية كبرا لسن علاوة على خبراتهم في مجال العلاقات الإنسانية وأساليب التعامل مع الجماعات (جاد، ١٩٩٧، ص : ٢٥٥ - ٣٥٦).

كيفية دراسة الشيخوخة

لدراسة الشيخوخة جوانب متعددة منها أنها شاملة، وعملية، وموضوعية وواقعية مستمدة من واقع البيئة التي يعيش فيها المسن والتي تصف حياته النفسية والاجتماعية والفسيولوجية كما يعيشها فعلا وأيضا تكون حيوية بمعنى أنها تتناول شكل الجسم والوزن والعضلات والإخراج

وسوء الهضم ومنها الجوانب الشخصية التي تتناول شخصية المسن وتكيفه والأمراض التي تصيبه ثم دراسة وسائل العلاج لهذه الأمراض وتلك الاضطرابات (عيسوي، ١٩٨٩، ص: ٥٨) .

ويرى (مرسى، ٢٠٠٦، ص : ١٢٦ – ١٣٠) أن هناك ثلاثة مناهج أساسية يستخدمها الباحثون في دراسة كبار السن وهي :

١- منهج سؤال الأبناء :

ويقوم هذا المنهج على سؤال الأبناء باعتبارهم هم الذين يرعون أبائهم وهم القادرين على الإخبار عنهما، ويتم السؤال عن التعامل، الرعاية، المساندة، التشجيع، المساعدة، الحماية، الخدمة.

٢- منهج سؤال الآباء :

ويقوم هذا المنهج على كيفية إدراك كبار السن لمعاملة أبنائهم لهم، واستخدام الباحثون في سبيل ذلك المقابلة والاستبانات في عدة مجالات مثل : إدراك المساندة – إدراك التشجيع، المساعدة، الحماية – الخدمة.

٣- منهج سؤال الأبناء والآباء :

ويقوم هذا المنهج على جمع معلومات عن رعاية الأبناء لآبائهم وإدراك الآباء لتلك الرعاية في مجال المساندة، والتشجيع، والمساعدة، والحماية، والخدمة.

مشكلات كبار السن

سنتناول فيما يلي مشكلات كبار السن من خلال استعراض التغيرات الجسمية والاجتماعية والنفسية والسيكولوجية التي تميز مرحلة كبار السن عن غيرها من مراحل عمر الإنسان.

١ - المشكلات البدنية

وتتمثل بضعف الوظائف الجسمية نتيجة الشيخوخة الا انه من غير المعروف متى تبدأ هذه المشكلات والى أي مدى تكون مؤثرة ويرى بعض العلماء إنها عند سن الستين حيث يبدأ الإنسان في الإحساس بضعف قدراته الجسمية وتكمن نتيجة هذه القضية إن لكل فرد قدراته الجسمانية المختلفة التي تتفاعل مع البيئة المحيطة بها، حيث يظهر على المسن البالغ من العمر ثمانين عاما الضعف والتدهور في الجوانب الجسمانية والبد نية وهذا انعكاس لنقص مستمر في قدرة الجسم على مقاومة المؤثرات الخارجية ويمكن إرجاع هذا النقص في الجسم إلى زيادة التفاعلات الكيماتية الهدامة عن التفاعلات الكيماتية البنائه في كل عضو من أعضاء الجسم وينتج عن هذه التغيرات عدة مشاكل جسمية هي مشكلات جسمية مروخلوجية ومشكلات جسمية وظيفية ومشكلات صحية (أبا الخيل، ١٩٩١،ص:٣٧) و(عبد المعطي، ٢٠٠٥،ص: ١٧)

هناك مجموعه من الدراسات اهتمت بدراسة الجوانب الجسمية لدى كبار السن وما يعتري تلك الجوانب من تدهور وخلل يؤثر على حياة المسن وتكيفه داخل المجتمع فأشارت دراسة هولويردا و آخرون(Holwerda,etal,2007) ارتباط الاكتئاب والقلق الذي يصيب كبار السن مع مجالات الضعف والعجز الجسمي والوظيفي.

وأشار بلاك مون وآخرون (Blackmon,etal,2007) أن التدهور في الضبط الانفعالي والاتزان أثناء الحركة الذي يحدث مع التقدم في العمر مع ضعف القدرة على الحركة من أكبر المشاكل التي تواجه كبار السن وتؤثر على تكيفهم داخل المجتمع. ويشير اكو نكو وآخرون (Okonkw,etal,2007) أن كبار السن عادة يدركون التدهور الذي يحدث في

قدراتهم البد نية الجسمية ، فيتبعون أساليب حياة نمطيه أو روتينيه وهذا من خلال دراسته لكبار السن سائقي السيارات.

٢- المشكلات النفسية

تلعب الحياة دورا كبيرا في تشكيل شخصية الفرد فلا يشترك اثنان في تجربة واحدة لان هذه التجارب تجعل من عملية الشيخوخة أمرا صعبا عند بعض الناس أكثر من غيرهم ويرى بارو (Barrow,1986.p:250) أن بعض الحالات النفسية التي تبدو ناتجة عن عمليات الشيخوخة قد تتبين بالفحص الدقيق أنها مجرد حالات مرتبطة بالشيخوخة وأشار أيضا إلى أن كبار السن يعانون في معظم الأحيان من مشاكل عاطفية ذات منشأ نفسي وتسمى بالاضطرابات الوظيفية مثل: اضطراب القلق النفسي (المخاوف والرهبة) واضطرابات الشخصية مثل (الاضطراب ألانطوائي والاضطرابات العاطفية (الاكتئاب، والوسواس القهري)، وينبغي ألا نغفل عملية الانتحار ونحن بصدد المشكلات النفسية فنسبة كبيرة ممن ينتحرون هم من كبار السن خاصة الرجال بالإضافة إلى العديد من حالات الانتحار لا تكتشف حيث أنها تبدو ناتجة عن الإفراط في تناول العقاقير فحالات الانتحار ليست كلها بسبب الإصابة بمرض عقلي بل تكون ناتجة أحيانا عن الإصابة بالاضطرابات النفسية وينظر الكثير من الباحثين إلى فئة كبار السن نظرة تفاؤلية فهم يشعرون أن كبار السن قادرون على الاستمرار في نشاطاتهم إذا أعطى لهم المجتمع الفرصة في حياة صحية ونفسية ممتعة (ابا الخيل، ١٩٩١، ص٤٠:)،كما تتضمن المشكلات النفسية الإحساس بالنهاية فالخوف من الموت المفاجئ يخلق لدى كبار السن بعض المشكلات القيمية والدينية والخوف من عدم اتساع الوقت

للمسن من التوبة والتكفير عن خطاياه بالإكثار من العبادة والتقرب إلى الله بشتى السبل (عبد المعطى، ٢٠٠٥، ص:٢٣).

٣ - المشكلات الاجتماعية

إن معظم المشكلات التي تحدث لكبار السن تكون نتيجة متغيرات حتمية يواجهها المسنون في المجتمع فالشيخوخة الناجحة تعتمد على الاحتفاظ بقدر مناسب من التكيف في أداء الأدوار الاجتماعية والعلاقة الطيبة مع مجتمعهم عند بلوغ سن الشيخوخة وغالبا ما يمتد بهم العمر فمن العوامل التي تسهم في إطالة العمر الروابط الأسرية الوثيقة واستمرارية الحياة و أنشطة الحياة اليومية والحالة الاقتصادية الجيدة ومن الطبيعي أن يلعب الأفراد ادوار نشطة في المجتمع مما يساعد على الحفاظ على مكانتهم كأعضاء لهم قيمتهم الوظيفية وهذا غير وارد فيما يتعلق بكبار السن (أبا الخيل، ١٩٩١، ص :٤٦)، ويعد التكيف الاجتماعي مع فقدان شريك الحياة عنصرا هاما وفعالا ومن المشكلات الاجتماعية التي تسود مرحلة الشيخوخة أيضا.

١ - **مشكلات التقاعد**: يعتبر التقاعد حدث انعزالي لطريقة الحياة في الشيخوخة حيث يشير باك و كوكس (Bhak&Cox) في (حسن مصطفى٢٠٠٥.ص : ٢٠) إلى آن مصطلح الشيخوخة مرادفا لمصطلح التقاعد فالتقاعد هوا لحدث الذي يحول الفرد من إنسان عامل إلى إنسان غير عامل ومن شخص منتج إلى شخص غير منتج، ويشير (سالم، ١٩٩٧،ص :٣٠٩) أن التقاعد يكون مع بداية الستين وهو ما يعرف بالإحالة إلى المعاش إذا ما كانوا يشغلون وظائف رسمية ويؤدي هذا إلى مشكلات تؤثر على نمط حياتهم بدرجات متفاوتة واهم تلك المشكلات

ما يتعلق منها بالتكيف فقدان الوظيفة وما يخلفه ذلك من مظاهر سلبية في الجوانب النفسية والاقتصادية والاجتماعية والتربوية للمسن، وتشير (كامل، ١٩٩١، ص:٥٧٦) آن التقاعد عن العمل يؤثر سلبا على التوافق النفسي للكبار السن ورضائهم عن الحياة.

وهناك دراسات أشارت إلى تلك المشكلة لدرجة تسميتها بأزمة التقاعد، وذالك مثل دراسة (عبد المعطي، ٢٠٠٥) ودراسة سكورير و ماي (Schwoerer&May, 1995)) ودراسة فانكوفا و أتالا(vankova&atal,2007).

٢ - **المشكلات الأسرية** : يعد التكيف مع فقدان شريك الحياة عنصرا هاما وفاعلا في الحياة الأسرية للكبار السن ولما كان من التقاليد السائدة في مجتمعنا ان تتزوج السيدة رجلا من نفس عمرها أو يزيد ولان متوسط عمر الرجل اقل من المرآة فان الترمل في الشيخوخة يصبح أكثر شيوعا في الإناث (سالم، ١٩٩٧، ص:٣١١)، ثم تضيق دائرة العلاقات الأسرية بزواج الأبناء وانسلاخهم عن الأسرة إلى منزل الزوجية مما يضطر المسن آما إلى العيش بمفرده فلا يجد سوى نفسه وحيدا في المنزل طوال اليوم مما يشعره بفراغ قاتل، وأما أن يضطر إلى المعيشة مع احد الأبناء وهنا قد تبرز مشكلة الاحتكاك بأزواج الأبناء والإحساس بالخضوع والتبعية بعد السلطة والسيادة مما قد يؤدي إلى تفكك الأسرة وانعدام المودة بين المسن وأبنائه، وإما أن يضطر إلى الإقامة بدور كبار السن الأمر الذي يترتب عليه حرمانهم من ممارسة حياتهم الاجتماعية والاستمتاع بالدفئ العائلي الأمر الذي يترتب عليه ظهور بعض الاضطرابات النفسية مثل القلق، الاغتراب، العزلة الاجتماعية (عبدا لمعطي، ٢٠٠٥، ص :١٢١) و(محمود، ٢٠٠٣، ص: ٢٠٦)، وهناك دراسات عديدة تناولت الجانب الأسري الاجتماعي في حياة كبار السن وما يسببه هذا الجانب من توافق

أو سوء توافق وخصوصا مشكلات الإقامة، السكن، الدخل والعلاقات مع الأبناء،مع الأصدقاء، العزلة، قلة الدعم، نمط الحياة الروتيني وغيرها من المشكلات التي اهتمت بدراستها الأبحاث في مجال كبار السن مثل دراسة مول و آخرون(Mol, etal,2006) و ديلسا و آخرون(Delaca,etal,2007) و زيبجنو و آخرون (Zeppegno,etal,2005) و لو و مالزن (Low&Malzhn,2007) وغيرها من الدراسات التي سيتم عرضها بالتفصيل فيما بعد.

٤- المشكلات المعرفية

من المعروف أن الشيخوخة عملية مصحوبة بانحدار وتدهور في القدرات العقلية بصفة عامة تؤدى إلى حدوث تغيرات في معدل السرعة والدقة في الذاكرة وفي عمليات التعلم والتفكير والتذكر والاسترجاع كما تتضاءل عند كبار السن القدرة على الإدراك والتعرف وتنحدر مرونة الذكاء العام و يرجع انحدار القدرات العقلية في الشيخوخة إلى ما يعتري الجهاز العصبي من شيخوخة و تدهور فسيولوجي يؤدي إلى ضمور في خلايا المخ كما يرجع إلى سوء تغذية المخ بالخبرات التعليمية الجديدة أو عدم تدريبه على منهج التفكير السليم أو إلى ثقل السمع و عدم اليقظة و البطء في الاستجابة و هذا قد يكون بسبب عدم وصول كميات كافيه من الأكسجين للمخ كنتيجة لأزمات قلبيه، أو بسبب بعض الآثار الجانبية لأدوية معينه و أكثر هذه الاضطرابات شيوعاً مرض الزهايمر وهو مرض ممكن أن يدمر(٧٠٪) من خلايا عصب المخ و ينتج عن تدهور مستمر ووفاة حتمية و من الاضطرابات المعرفية أيضا التي يعاني منها المسنون (الخرف) (أبا الخيل، ١٩٩١، ص:٤٢ -٤٤) و (عبد المعطى، ٢٠٠٥، ص:١٨ -١٩).

وآشار كشمان (Cashman,2000,p:13-15) إلى وجود أثار للقلق والاكتئاب على الناحية المعرفية للشخص، فهناك معتقد سائد أن وجدانيه الفرد تؤثر على قدرته المعرفية وان كبار السن المكتئبين غالبا ما يشتكون من مشكلات في الذاكرة والانتباه والتركيز وسعة الذاكرة المتوفرة لأداء المهام، فالقلق ينشط نوعين متنافسين من العمليات أولها :سوف يضعف القلق أداء الذاكرة لان يوقف مسبقا بعض المساحة المتوفرة في الذاكرة العاملة وثانيها : أن متطلبات المهمة تسبب زيادة في النوع والذي يحسن الأداء عن طريق سعة الإدراك.فقانون القلق يصف العلاقة بين الفاعلية في الأداء ومستوى الإثارة وصعوبة المهمة فالقضية الأولى انه يوجد علاقة خطيه بين الإثارة والأداء مع المستويات الأمثل للأداء يصاحبها مستويات متوسطه من الأداء فأفضل مستويات الأداء التي يصاحبها استثاره متوسطه. والقضية الثانية إن المستوى الأمثل يتنوع بالعكس مع صعوبة المهمة وبالتالي فان الإثارة وربما القلق سوف يتفاعل مع صعوبة المهمة وتمت دراسة الذاكرة البشرية في ما يتعلق بالاسترجاع باستخدام مهام الذاكرة المتعددة منها الاستيعاب الحر الموجه وإعادة الاسترجاع، فالاسترجاع يتم عن طريق المنبهات والتوليد الذاتي أو عن طريق مثيرات متضمنة في الإدراك العام، فعندما تحاول تذكر شيء ما هناك بعض المصادر الإدراكية الضرورية للحفاظ على عمليات الاسترجاع في النظام المعرفي. فالعمليات المتطلبة مصدر إضافي من المحتمل أن يكون ضروري لان استرجاع المعلومات المقدمة غير كافيه لإثارة تذكرما فهذه المصادر الإضافية من المحتمل تطلبها في الاستدعاء الحر الموجه، ومن غير المحتمل تطلبها من

التعرف علاوة على ذالك فان الاسترجاع الحر يتضمن عمليات إدراكية (التذكر) في حالة غياب المنبهات أكثر من التعرف فان الانتباه المقسم يصاحبه هبوط في أداء الذاكرة وهده النتائج تفسر صعوبة المهمة لدى كبار السن في أداء الذاكرة.

مظاهر التغير لدى كبار السن

على الرغم من أن علماء النفس يعمدون إلى تقسيم حياة الإنسان إلى مراحل في ضوء الخصائص البارزة التي تتسم بها كل مرحلة و التي تتميز بها عن المراحل الأخرى، فإن هذا لا يعني أن كل مرحلة من مراحل النمو تقوم بذاتها و لا تشرك مع المراحل الأخرى في الكثير من الخصائص كما أن ذلك لا يعني أن الإنسان ينتقل فجأة من مرحلة إلى مرحلة أخرى، وإنما في الواقع أن حياة الإنسان بمثابة سلسلة متصلة الحلقات، و أن كل حلقة تؤدي إلى الحلقة التالية بحيث تتداخل دوائر الحلقات بعضها في بعض، بل و تتفاعل كل حلقة مع الحلقات الأخرى.

فالشيخوخة كما يشير إليها (موسى، ٢٠٠٢) هي عملية تدريجية تحدث فيها التغيرات ببطء، ولعل أهم ما يتسم به هذا التطور بصفة عامة بدء تحول النمو الإنساني في الاتجاه العكسي، فبينما كان النمو في المراحل السابقة يتجه نحو التحسن والترقي والتنمية بمعدلات مختلفة فإنه مع بداية الشيخوخة يبدأ التدهور بمعدلات بطيئة في البداية ثم يتسارع هذا المعدل تدريجياً حتى يصل إلى أقصاه في طور أرذل العمر.

يشمل التغيير في الشيخوخة كل أعضاء الجسم، بل ربما كل أنسجة وخلاياه، كما يصيب النفس و العقل و أوضح علامات هذا التدهور

يحدث في مظهر الجسم ونشاطه، وتظهر تغيرات على المستوى العام في المظهر الجسمي للشعر والجلد والعظام والأسنان، والتغيرات الفسيولوجية والعقلية والتدهور في الوظائف الحسية وفي النشاط الحركي والجهاز العصبي. وسوف يتم فيما يلي استعراض أهم نواحي التغيرات المختلفة التي تطرأ على كل مظهر من مظاهر النمو التي تحدث خلال مرحلة الشيخوخة وهي:

التغير الجسمي والحركي

يتغير الجسم البشري وتتغير آجهزته المختلفة تبعاً لزيادة عمر الفرد وتطوره في حياته من الطفولة إلى المراهقة إلى الرشد وإلى الشيخوخة.

يشير (مرسي، ٢٠٠٦) إلى أن كبار السن يحدث لهم ضعف بدني عام، فيضعف جسم المسن تدريجياً، وتقل مهاراته الحركية وتنقص قدرته على بذل الجهد، ويزداد شعوره بالتعب فلا يستمر في العمل طويلاً كما كان في شبابه.

ويشير (السيد، ١٩٧٥) إلى آنه بما أن الوظائف العضوية تعتمد على تكوين الأجهزة الخاصة بها، إذن فالوظائف العضوية تختلف من عمر إلى عمر يليه ومن مرحلة إلى آخرى تعقبها.

من المعلوم آن تعلم المهارات الحركية الدقيقة في مراحل النمو تكون مختلفة وتقاس سرعة استجابة الفرد في تعلمه الحركي بما يسمى بزمن الرجع، والذي هو المدى الزمني الذي يمضي بين حدوث الاستثارة والاستجابة الحركية المقابلة لها. ويتأثر هذا المدى الزمني للرجع تأثراً واضحاً بزيادة العمر الزمني للفرد فيحدث زيادة في زمن الرجع تبعاً لزيادة العمر الزمني وخاصة بعد مرحلة الرشد، ولهذا المدى الزمني للرجع أثره في

قيادة السيارات، وفي أغلب الصناعات التي تعتمد على سرعة الاستجابة المباشرة للاستثارة القائمة.

وتشير (قناوي، ١٩٨٧) إلى أنه يلاحظ على كبار السن البطء في المشي بعد ما كانت الخطوات سريعة، وتضيق الخطي ويصغر مداها، بعد أن كانت طويلة ونشيطة، وترتعش يد المسن وأصابعه بعد أن كانت متزنة وقوية، وكل تلك الأمور التي تؤثر على الحركة، ينعكس أثرها على المهارات الحركية التي يقوم بها الفرد في هذه المرحلة. وكل ذلك دليل على ما أصاب أعضاء الحركة من العظام والعضلات والمفاصل مع تقدم السن من الضمور وفقدان المرونة.

ويذكر (الهاشمي، ١٩٩٠) بأن التكون الجسمي حقيقة دائمة مستمرة، فهي لا تعرف الوقوف لأن التوقف معناه الموت، فما دام الإنسان حياً، فعمليات التكوين في الهدم والبناء مستمرة وهذا ما نلحظه في التغير المتواصل، بيد أن هذا التغير عموماً بعد سن الأربعين يميل نحو الانحدار، مهما توافرت أسباب الرعاية الصحية.

ومن أهم أسباب التغير الجسمي في هذه المرحلة، أسباب تعود إلى عوامل الكيان العضوي الوظيفي ويتحكم في هذا الوراثة الإنسانية النوعية كإنسان، والوراثة الفردية، وسبب أخر هو العوامل الغذائية، وثالث يعود إلى أثار العمل المهني، ورابع هو المزاج النفسي فالهدوء العام والتفاؤل يعين الفرد على الاحتفاظ إلى سنوات أطول.

ويشير (محمد، ١٩٩٦) إلى اتجاهات الضعف تكون في عكس الاتجاهات التي كانت تسير فيها مظاهر النمو، فتبطء حركات الأرجل قبل أن تبطء حركات الرأس، وهكذا يسير الاضمحلال في اتجاه عكس مسار النمو، فإذا كان النمو يسير من أعلى إلى أسفل نجد أن

الاضمحلال يسير من آسفل إلى آعلى، وهكذا يعود الإنسان إلى مرحلة الضعف الأولى التي نشأ منها آصلاً.

ويصف (الشربيني، د – ت) المسن بآنه كائن ضعيف واهن لم يعد يسيطر على أموره في الحياة بل قد فقد حتى التحكم في جسده وعقله بصورة أو بآخرى، وبالتالي لم بوسعه التفاعل مع الحياة من حوله أو الاستمتاع بها.

ويضيف بآن حالة التدهور التي تصيب المسن هي حالة مستمرة مع الوقت سواء كان ذلك بفعل تقدم السن وما يتبعه من تغيرات جسدية ونفسية أو بفعل الأمراض التي تصيب الإنسان وهو في حالة الوهن حيث تتداعي مقاومته، كما آن تغير أسلوب حياة الكبار وخلودهم إلى السكون معظم الوقت دون حركة قد يؤدى إلى تكاسل وظائف الجسد والعقل والفقد التدريجي لما تبقي منها، إضافة إلى ما قد يحيط بكبار السن من ظروف اجتماعية ونفسية ترتبت على ما آلت إليه حالهم من عجز و إعاقة.

و آما فيما يتعلق بقوام جسم المسن فيبدو عليه الانحناء الذي حدث نتيجة تغيرات في عظام ومفاصل العمود الفقري والتشويه الذي ينتج عن هشاشة الفقرات وتيبس الغضاريف التي تفصل بينها، كما يلاحظ بأن الطول يقل في الشيخوخة بضعة سنتيمترات نتيجة لانحناء القوام ولضمور عظام وغضاريف العمود الفقري، كما ينقص وزن الجسم الكلي.

وعلاوة على ذلك فإن استمرار تقدم السن وتدهور وظائفه قد يؤدى بالمسن إلى البقاء في مكانه دون حركة حتى تتيبس المفاصل والعضلات وتتجمد تماماً ويأخذ الجسم وضعاً ثابتاً يشبه جلسة القرفصاء، وقد يبدو

المسن في هذه الحالة وقد تكور على نفسه دون حراك ولا يستجيب لأي شيء حوله سوى بالصراخ عند أي محاولة لتغير وضعه.

ومن أسباب صعوبة الحركة في كبار السن هي التغيرات التي تحدث في الجهاز الحركي الذي يتكون بصفة رئيسية من العظام والمفاصل والعضلات بفعل الشيخوخة، فالعظام تصبح أقل صلابة واحتمالاً ويخف وزنها مع سنوات العمر، ومن الأسباب الأخرى لصعوبة الحركة العوامل النفسية مثل الإصابة بالعته في الشيخوخة والاكتئاب والمخاوف من السقوط أو الضعف والهزل الشديد نتيجة لأمراض الشيخوخة أو عند الإصابة بفقر الدم أو هبوط القلب مما يجعل من أي حركة محدودة جهداً يصعب احتماله، كما أنه يبقي طريح الفراش لمدة طويلة.

ويتطرق (الشربيني، د – ت) في جانب التغير الحركي إلى ما يسمى بقاعدة عدم الاستعمال التي تؤدى إلى تدهور قدرات الإنسان، فإنها تنطبق على أمور كثيرة في الشيخوخة بصفة خاصة، فإنه حين يبقى المسن في الفراش دون حراك لمدة طويلة فإنه يجد صعوبة كبيرة عند استئناف الحركة من جديد، وعدم الحركة تفقد العضو وظيفته وخاصة الأعضاء التي لا تقوم بأداء وظائفها لأي سبب مما يؤدى في النهاية إلى تدهور الأعضاء وذلك لقلة النشاط الحركي لدى المسن.

التغير الانفعالي (النفسي)

يحدث صراع في بدء الشيخوخة وينتهي إلى نمط من السلوك الانفعالي يتمايز به الشيوخ عن غيرهم من الأجيال الأخرى التي تصغرهم سناً ومازالت تسير في دروب الحياة.

يذكر (السيد، ١٩٧٥) بأن انفعالات الشيخوخة تميل إلى تلخيص السلوك الانفعالي لمراحل الحياة كلها في مرحلة واحدة.

ومن أهم انفعالات مرحلة الشيخوخة الآتي: أنها

- ذاتية المركز تدور حول أنفسهم أكثر مما تدور حول غيرهم، وهذه الذاتية تؤدى إلى نمط غريب من أنماط السلوك الأناني الذي قد لا يتفق في مظهره العام مع ما يتوقعه الأحفاد من سلوك الأجداد.
- عدم تحكم كبار السن تحكماً صحيحاً في انفعالاتهم المختلفة، شأنهم في ذلك شأن الأطفال الذين يعجزون عن ضبط مشاعرهم وعواطفهم.
- تتميز انفعالات كبار السن بالعناد وصلابة الرأي، مما قد يؤدى إلى السلوك المضاد.
- غضب المسن في الغالب يمتاز بالثوران كالأطفال.
- يكون المسنون قابلون للاستهواء من غيرهم.
- يميل المسنون إلى السخرية من الأجيال الأخرى.
- يمتاز انفعالهم بالاندفاع العاطفي.
- يحاول المسن أن يفرض شخصيته في سيطرة غريبة، حتى لا يظن الناس أنه بدأ يضعف ويهرم.
- أغلب انفعالات كبار السن تكون حول القلق التي تؤدى بهم إلى الكآبة.
- يكثر كبار السن من الشكوك والريبة في الآخرين.
- تتصف كثير من انفعالاتهم بالخمول وبلادة الحس.

- إحساسهم بالاضطهاد ، والفشل.

وهم بذلك يمزجون كل أنواع الانفعالات التي تمر بالحياة كلها.

وكثيراً ما يراود المسن الخوف الشديد من الموت، مما يؤدى به إلى الهروب من كل حديث عن هذا الموضوع. كما يخاف من المرض، ويخاف من التقاعد، وتزداد هذه المخاوف لدى كبار السن نتيجة لإحساسهم بضعفهم الجسماني، وخوار قواهم الحيوية، ونقصان دخلهم المالي وهبوط مكانتهم الاجتماعية.

لذا فإن هؤلاء الأفراد في هذه المرحلة يحتاجون إلى معاملة خاصة لا تقل أهمية عن مراحل الطفولة الأولى، حيث يحتاجون إلى مزيد من العطف والرعاية والحنان والتقدير لأن مشاعر الإحباط قد تدفعهم إلى حالة من الاكتئاب النفسي، كما قد تنتاب بعضهم نوبات من القلق والغضب عندما يخفق في القيام ببعض الأعمال البسيطة، كما قد يصيب بعضهم القنوط.

ويشير كل من (عبد المعطي،٢٠٠٥) و (عمران، ٢٠٠٠) و (خليفة، ١٩٩٧) إلى أن من أهم المشكلات التي تصاحب كبار السن بعد فترة التقاعد على سبيل المثال لا للحصر:

عدم الثقة بالنفس، العدوانية، الحالة الصحية، الحالة المادية، العجز الجسمي، سوء التغذية، الإحساس بالوحدة، افتقاد الهدف في الحياة، افتقاد الأصدقاء المقربين، و اضطراب القلق حيث القلق على الصحة و قلق التقاعد و ترك العمل و قلق الفراغ وفي النهاية قلق الموت.

ويشير (الشربيني، د – ت) إلى أن مشاعر كبار السن تتراوح بين مشاعر الملل والعزلة والفراغ إلى الاضطرابات النفسية والعقلية الشديدة

كالعته (خرف الشيخوخة) والاكتئاب النفسي الشديد الذي يدفع إلى التفكير في الانتحار في بعض الأحيان.

التغير الاجتماعي

تصبح العلاقات الاجتماعية في هذه المرحلة ضيقة وتتأثر بمكانة الفرد الاجتماعية ومدى قوتها وضعفها. فيلاحظ مثلاً ضعف صلة المسن بشكل تدريجي بالمجالات الاجتماعية البعيدة عن داترته الضيقة، فيصبح أنانياً، نرجسياً في حياته. حتى تصبح دائرة نشاطه الاجتماعي قاصرة على العلاقات الأسرية الضيقة المحدودة. حتى يصل إلى مرحلة العزلة والوحدة. متأثراً بزواج الأبناء واستقلالهم عنه، وموت أحد الزوجين، إضافة إلى الضعف البدني، وتناقص أفراد جيله وغيرها من العوامل التي قد تسرع بحدوث هذه العزلة دون محاولة الاختلاط بالناس. والسيدات هن أشد معاناة من الوحدة أكثر من الرجال، ويعود ذلك إلى أن العمر يمتد بهن حتى يجاوزن مدى حياة الرجال. وهكذا تنتهي العلاقات الاجتماعية بكبار السن، رجالاً كانوا أم نساء، حتى تصبح هذه العلاقة قاصرة على أولادهم وأحفادهم.

فالمعاناة من الوحدة ووقت الفراغ الطويل والملل، والشعور بعدم الأهمية، والهروب من الواقع الاجتماعي إلى حياة من صنع الخيال، ووجود نقص واضح في درجة التفاعل الاجتماعي كلها أمور تؤثر على الجانب الاجتماعي للمسن.

التغيرات البيولوجية و الفسيولوجية

يشير بارون و كالشير (Baron & Kalsher,2002) بان التغيرات البيولوجية تأخذ طريقها في الوجود منذ مرحلة الرشد و ربما قبل ذلك، وهي تغيرات تبدأ بطيئة تدريجيا. بحيث يصعب التعرف على معدلاتها الفعلية، وتتراكم أثار التدهور فتنشأ الشيخوخة من تراكم الآثار الضارة لما يحدث من تلف أو مرض أو عمليات من التدهور الناجمة عن شيخوخة الخلايا أو الأنسجة أو بسبب تراكم أثار من القصور في العمليات الكيمائي الحيوية، من المحتمل أن يكون السبب هو مجموعة من تلك العوامل. و الشيخوخة بهذا المعنى تمثل حالة من القصور البيولوجي العام تؤدي إلى موت الإنسان كنتيجة الانهيار العمليات العضوية الحيوية.

من أهم التغيرات البيولوجية التي تحدث للإنسان في مرحلة الشيخوخة كما أوردها (السيد، ١٩٧٥) الأتي:

- تغير معدل الأيض metabolism وهي تدل على عمليتي البناء الحيوي anabolism، والهدم الحيوي catabolism، ولهذا الأيض علاقة مباشرة بمدى قدرة الجسم على تجديد نفسه. حيث يهبط معدل هذه العملية بعد سن الأربعين ويستمر في الهبوط حتى نهاية العمر.
- تغير معدل نشاط الغدد الصماء حيث يلاحظ هبوط معدل إفراز هرمونات الغدد كلما تقدم الإنسان في العمر، حيث لوحظ تغير السرعة في هبوطها حتى نهاية الحياة.
- تغير قوة دفع الدم. حيث أن قوة دفع الدم تتناقص وتتحدر بانتظام تبعاً لزيادة العمر الزمني، وتقاس القوة الدافعة للدم باختبارات خاصة.

- تغير السعة الهوائية للرئتين. حيث يلاحظ نقص السعة الهوائية للرئتين تبعاً لزيادة العمر الزمني. وتتناقص هذه في خط مستقيم يهبط بانتظام تبعاً لزيادة العمر الزمني. وتقاس كمية الهواء أثناء عملية التنفس بالسنتمتر المكعب. كما يحدث نقص في كفاءة الرئتين وضعف القدرة على التنفس وصعوبة في الشهيق والزفير أثناء المشي والجري وبذل الجهد، مما يجعل كبير السن يشكو من ضيق التنفس في مواقف كثيرة.
- التغيرات العصبية فيلاحظ ضعف نشاط هذا الجهاز بالتدريج ولكن في بطء غير ملحوظ. ولذا يصعب قياس هذا الضعف، ثم تصبح سرعة هذا الانحدار ملحوظة في الشيخوخة. كما يلاحظ تناقص كفاءة المخ والجهاز العصبي بسبب كبر السن، وتشيخ الخلايا العصبية، وتدهور وظائفها، مما يؤدي إلى ضعف وظائف الأجهزة الجسمية والنفسية، التي يسيطر عليها المخ، ويجعل كبير السن عرضة لأمراض المخ والجهاز العصبي.
- الكفاية البدنية ومستوى التكيف. حيث يلاحظ أن الفرد في هذه المرحلة يجد صعوبة في التكيف لبدنه الذي بدأ يضعف وبيئته التي لا ترحم في تطورها وسرعة تغيرها. وعلى المسن أن يتعلم كيف يوافق بين حالته الجديدة ومطالبه المتعددة.

ومن التغيرات التي تطرأ في الجانب البيولوجي والفسيولوجي تغير القوة العضلية، فيلاحظ ضمور العضلات تبعاً لزيادة العمر مما تؤثر بدورها كذلك على النواحي الحركية، ولهذه التغيرات أثرها على الجهد البدني، والعمل اليدوي، وعلى عملية المشي.

ويذكر (صادق، و أبو حطب، ١٩٩٠) بأن موضوع العضلات يحتل موضعاً خاصة في تحديد العلامات الظاهرة للشيخوخة. ومن الخصائص المميزة للعضلات أن خلاياها لا تجدد نفسها، على عكس الجلد، وأن التقدم في السن مرتبط بضمور خلايا العضلات وموتها.

كما أن القلب تبدأ ضرباته في الضعف فيقل عددها مقارنة بسابق عهدها، كما تقل كمية الدم التي يدفعها لتغذي بقية الجسم، كما تتأثر الشرايين التي يصيبها التصلب فتفقد مرونتها ويزيد ضغط الدم بها وقد يصل الحال ببعضها إلى الانسداد الكامل.

أما الجهاز التنفسي فتقل كفاءته، نظراً لفقدان مرونة القفص الصدري والرئتين، وكذلك فإن قاعدة التباطؤ تنطبق على جهاز الهضم حيث تقل حركة المعدة والأمعاء وتزيد الشكوى من الإمساك، وعلى العكس من الإمساك فهناك حالة أخرى قد تكون أسوأ من الإمساك لدى بعض كبار السن وتحدث في ظروف مرضية خاصة، تلك هي عدم التحكم في إخراج البول والبراز فهي تشكل عبئاً ثقيلاً على كبار السن حيث أنها تنال من كرامتهم خاصة عندما يتأفف من يقوم بخدمتهم من ذلك.

وهناك مشكلة أخرى وهي مشكلة النوم فكبار السن يعانون من اضطراب النوم، فالنوم لديهم لا يكون عميقاً ويصبح متقطعاً وتتقلص ساعات الاستغراق فيه، ومشكلة أخرى تصاحب النوم وهي الشخير أثناء النوم، ويزيد حدوث الشخير مع تقدم السن.

ومن التغيرات التي تحدث لكبار السن، سقوط الأسنان، فأغلبهم قد فقد أسنانه الطبيعية، ومن تبقى لديه منهم بعض الأسنان فتكون حالتها سيئة للغاية وكذلك اللثة فتصاب بالتآكل.

ولعل الشعر الأبيض هو إحدى الأمور المميزة للشيخوخة، حيث يعتبر ظهوره علامة على وداع مرحلة الشباب ودخول عالم الكبار، وانتشار الشعر الأبيض في الرأس والشوارب واللحية وبقية الجسم، حيث يبدأ ظهور الشعر الأبيض في جانبي الرأس ثم بقية شعر الرأس وبعد ذلك الشوارب واللحية وبقية الجسم، والتفسير العلمي للون الأبيض في الشعر هو غياب الحبيبات الصبغية التي تعطي للشعر مظهره الأسود، لأن هذه المادة الملونة تختفي مع تقدم السن. وإضافة إلى تغير لون الشعر، فإنه يصاب كذلك بالضعف بل ويبدأ في التساقط وفقد لمعانه، ويحدث الصلع نتيجة لضعف الشعر وتساقطه بدرجات متفاوتة، كما ان شعر الجسد يتساقط أيضاً، إلا أن شعر الحاجبين ينمو ويصبح غليظاً، كما أن بعض السيدات يظهر لهن شعراً في الوجه مما يتسبب في مضايقتهن.

ويشير (إبراهيم، ١٩٩٧) أنه بصفة عامة فإن التحول في لون الشعر قد يرجع إلى نقص إنزيم معين، أو إلى نقص وسوء نشاط الخلايا المنتجة للصبغيات في حويصلات الشعر.

وبشكل عام فإن كل أجهزة الجسم البيولوجية تتأثر في هذه المرحلة، فتظهر بعض المشكلات الصحية مثل أمراض القلب والشرايين والسكر وارتفاع ضغط الدم، وغيرها نتيجة لتقدم العمر العضوي والبيولوجي بالنسبة للفرد.

التغير العقلي (المعرفي)

تنال التغيرات العقلية في مرحلة الشيخوخة اهتماماً كبيراً أكثر من التغيرات الجسمية، وذلك نظراً لتأثيرها السلبي على حياة كبار السن وعائلاتهم، ومن أبرز هذه التغيرات:

- الإدراك. يلاحظ زيادة صعوبة عملية الإدراك مع كثرة الأخطاء بعد سن الرشد، ولذلك تتطلب هذه العملية وقتاً أطول عند الشيوخ، عما كانت تتطلبه منهم مرحلة الرشد. ومما يؤثر في عملية الإدراك عند كبار السن ضعف القشرة المخية نتيجة لزيادة السن وخاصة بعد الرشد، إضافة إلى ضعف المداخل الحسية للإدراك مثل الإدراك البصري والإدراك السمعي التي تصاحب المراحل الأخيرة من الحياة.
- التذكر. ويلاحظ قصر مداها، فالتذكر الديناميكي الذي يحصل نتيجة تغيرات عصبية قد يبقى لبضع ثواني أو دقائق، ثم يتلاشى ليحل محله تيار عصبي آخر جديد يؤدى هو الآخر إلى تذكر مباشر جديد. فالتذكر يتأثر بزيادة العمر الزمني لأنها تعتمد في جوهرها على مدى مرونة الجهاز العصبي، ولذا يضعف التذكر المباشر في الشيخوخة. وهكذا فالنسيان وعدم القدرة على تذكر الأسماء والأحداث من الأمور الشائعة لديهم.

ويؤيد هذا ما توصلت إليه نتائج دراسة مول و آخرون (mol, etal., 2006) حيث أشارت إلى كثرة شكاوى كبار السن من النسيان، وكذلك صعوبة في الاحتفاظ بالمعلومات، إضافة إلى البطيء في استدعاء معلومات قديمة، كما أشارت إلى احتمال تضاؤل الذاكرة وهبوط في الوظائف الإدراكية في مرحلة الشيخوخة.

ولذلك فإن المسن يذكر القديم وينسى الحديث، لأنه تعلم القديم منذ زمن طويل، وتدرب عليه طوال ذلك الزمن، فاكتسب بذلك أصالة أبقت عليه وحافظت على استمراره ووجوده، أما الحديث فلم يحظ بنفس

مستوى التدريب الذي حظي به القديم. وأكثر مراحل التذكر تأثراً عند كبار السن هي مرحلة استدعاء المعلومات فالمسن يبذل جهداً كبيراً ليتذكر اسم شيء ولا يستطيع ولكنه قد يذكر هذا الشيء في وقت آخر حين لا يحتاج إلى ذلك.

القدرات العقلية (الأولية والمركبة والكبرى والعامة) وهي ذات صلة بالموضوع كبير فيلاحظ مثلاً أن:

- القدرات العقلية الأولية، معدل انحدارها يكون تبعاً لاختلاف نوعها ومحتواها وطريقة قياسها. ولذلك فإن تناقص هذه القدرات لا تكون بنفس التسبة، ولا بنفس السرعة. وبعض هذه القدرات يعتمد في جوهره على المحتوى نفسه مثل القدرة العددية والقدرة اللفظية، وبعضها يعتمد على العمليات العقلية العليا مثل القدرة الاستدلالية، والبعض الأخر يعتمد على سرعة الاستجابة مثل القدرة الإدراكية.
- القدرات العقلية المركبة، تتصل بعض القدرات المركبة بالتحصيل المدرسي مثل القدرة على التحصيل الرياضي، والقدرة على تحصيل الكيمياء، وغيرها من القدرات الدراسية الأخرى. ويتصل النوع الأخر من القدرات المركبة بالأعمال المهنية مثل القدرة الميكانيكية، والقدرة الموسيقية، وبذلك يمكن تحليل مستويات أي مهنة إلى قدراتها الأولية.
- القدرة العقلية العامة. يسمي علماء التحليل العاملي القدرة العقلية العامة بالذكاء. والذكاء لديهم هو قدرة القدرات لانه يحتل مكان الصدارة بالنسبة لجميع مجالات النشاط العقلي المعرفي.

ولأن الذكاء يرتبط بقدرة الفرد على سرعة التكيف للمواقف الجديدة، وبما أن هذه المواقف تختلف في مكوناتها وشدتها تبعاً لمراحل العمر المختلفة، إذن فإن المكونات الرئيسية للذكاء تتغير تبعاً لزيادة العمر الزمني.

ويلاحظ كذلك بان الذكاء يبدأ في انحداره في مرحلتي وسط العمر والشيخوخة، ويختلف معدل الهبوط تبعاً لاختلاف نسب الذكاء فيهبط مثلاً من كان ذكاؤه ١٣٠ درجة إلى أن يصبح ١١٤ درجة في الشيخوخة، ومن ذكاؤه ١٠٠ درجة يصل إلى ما يقارب ٦٥ درجة في الشيخوخة.

ويذكر (الهاشمي، ١٩٩٠) بأن الحياة العقلية للمسن تمتاز بالنضوج والاتزان الفكري، وبُعد النظر، وذلك نتيجة للتجارب والخبرات التي مر بها، ولكن هذه الظاهرة ليست حتمية لكل مسن.

ويذكر (عبدالرحيم، ١٩٨٧) بأن التربية والمثيرات التي يتعرض لها المسن تلعب دوراً هاماً في الإبقاء على مستوى القدرة العقلية في الأعمار المتقدمة. بل أن تحطيم خلايا المخ يحدث عن طريق التدهور الفيزيقي الحاد أو الأمراض الفسيولوجية وهذه الأمراض تؤثر بصورة فعالة على القدرة في التفكير بفاعلية.

هذا ويشير (منسي وآخرون، ٢٠٠٠) إلى أن معدل التدهور في القدرات العقلية لكبار السن يتوقف على الحالة الصحية والنفسية للمسن، ولكن معدل التدهور يقل لدى ذوي القدرات العقلية المرتفعة، كما أن التصلب المعرفي لدى كبار السن يزداد نتيجة لبطء التعلم وصعوبته. كما أن معدل التعلم يقل بسبب تدهور الذاكرة.

التغير الحسي (الحاسي)

يشير (مرسى، ٢٠٠٦) إلى أن كفاءة الحواس الخمس تتناقص لاسيما حاستي السمع والإبصار، مما يجعل كبار السن يستخدمون النظارات الطبية للقراءة والمسافات، ويتعرضون لمشكلات في العيون والآذان، ويراجعون الأطباء كثيراً بسبب مشكلات الحواس.

كما يشير (السيد، ١٩٧٥) إلى أن الحواس هي أبواب العقل ومنافذه إلى العالم الخارجي. وعن طريق الحواس يمكن أن يدرك الفرد ما حوله في هذا العالم، فالجهاز العصبي يقوم بتجميع الإستثارات الحسية ثم يقوم بتحويلها إلى مدركات عقلية، وهكذا يمكن للفرد أن يدرك نفسه وعالمه المحيط به عبر حواسه.

وتتأثر هذه الحواس وتكوينها وأدائها لوظائفها بالزمن، كما يتفاوت مدى تغيرها أيضاً من فرد لأخر. وتؤكد الدراسات بان الضعف الاخير الذي ينتاب أغلب الحواس يبدو واضحاً جلياً بعد سن الخمسين.

ويمكن تناول ما يحدث للحواس حسبما أشارت لها (قناوي، ١٩٨٧) و (berger, 1998) في الآتي: -

- تغير البصر. حيث يحدث انحدار تدريجي لقوة الاستجابة الضوئية تبعاً لزيادة العمر، وذلك لأن حدقة العين تفقد جزءاً كبيراً من مرونتها.

ويشير (الشربيني، د – ت) إلى أنه من السهل الاستدلال على ما أصاب البصر لدى المسن فبمجرد ملاحظته وهو يحاول القراءة في أي ورقة أمامه، فتراه أنه يبذل جهداً كبيراً في ذلك فهو يقترب بالورقة من عينيه أو يبتعد بها حتى يتبين ما يراه.

وهكذا فإن العين تصيبها تغيرات في تركيب مكوناتها وفي وظيفة الإبصار كما تطرأ على العين عليها سلسلة من التغيرات البنيوية والتشريحية تؤدى إلى ضعفها مع تقدم السن، وقد تبدو مثل هذه التغيرات عند النظر لكبار السن فترى العينان غائرتان للداخل، والجفون قد تتجه إلى الداخل فتحتك الرموش بالعين مما يتسبب في احمرارها، وقد تتجه إلى الخارج فتسيل الدموع خارج العينين، وبالنظر إلى سواد العين يلاحظ وجود دائرة ملونة حوله وذلك نتيجة لتسرب بعض المواد الدهنية حول القرنية، كما يحدث قصور تدريجي في التمييز الدقيق للألوان يسببه ما يصيب العدسة من اصفرار، ويصبح الإبصار بذلك أكثر تحديداً، ويحدث فقدان تدريجي للمواد الدهنية الحجاجية orbital fat الأمر الذي يؤدي إلى ضمور في مظهر العينين، وتصبح الجفون أكثر ارتخاء بسبب حالة التوتر العضلي الذي يصيب المسن.

- تغير السمع. حيث تبدأ حاسة السمع في الضعف في وقت مبكر، ومن مظاهر ضعف السمع في هذا السن صعوبة إدراك الأصوات الحادة.

ويشير (الشربيني، د – ت) إلى أن التدهور الذي يصيب حاسة السمع هو نتيجة لما يصيب جهاز السمع من تغيرات مع تقدم السن إضافة إلى الأمراض التي قد تؤثر في وظيفة السمع، ومن المضاعفات التي قد تنشأ نتيجة لفقد حاسة السمع إحساس المسن بالعزلة التي تفرض عليه لعدم قدرته على الاستماع إلى الآخرين وبالتالي عدم القدرة على التواصل معهم، وقد يكون الصمم مصحوباً ببعض الأعراض المزعجة مثل اختلال التوازن عند الوقوف والحركة، أو الطنين الذي يشكو منه المسنون ويشبه الضوضاء الداخلية المستمرة.

- تغير حاسة التذوق. حيث تضعف براعم التذوق المنتشرة على طرفي وجانبي اللسان البشري تبعاً لزيادة العمر. ويقل إحساس الكبار بالمواد السكرية، وتتأثر هذه البراعم أيضاً بالتوابل الحريقة وبكثرة التدخين.

ومن الدراسات التي اهتمت بالتعرف على العوامل المسببة للاضطراب في المذاق لدى كبار السن دراسة إيكيدا و آخرون (Ikeda, et.al.2007) حيث توصلت النتائج إلى مجموعة من الأسباب لاضطراب المذاق لدى كبار السن منها: المخدرات، و الأمراض المتعارف عليها تركز مادة الزنك.

التغير الحسي للجلد البشري

فيلاحظ ضعف النواحي الحسية للجلد تبعاً لزيادة العمر وخاصة فيما بين ٤٠ سنه و ٦٥ سنه حيث يصل معدل الضعف إلى نهايته القصوى. فيصبح تكيف الجسم لدرجات الحرارة الباردة والساخنة بطيئاً ضعيفاً. فهو يتأثر بالحر والبرد أكثر مما كان يتأثر به من قبل. ولكن تزيد لديهم الحساسية للبرد أكثر منها للحر.

ويشير برجر(berger, 1998) إلى أن الجلد يصبح عند كبار السن أكثر جفافاً وأكثر سمكاً وأقل مرونة وتظهر التجاعيد في الوجه والجسد، وتظهر الشرايين الدموية والأكياس الدهنية إضافة إلى ظهور بعض البقع السوداء التي تعرف ببقع الشيخوخة أو كلف الشيخوخة حيث يعاني منها ما يقرب من ٢٥ ٪ من البالغين الستين عاماً ومع حوالي ٧٠ ٪ من البالغين المائة عام.

ويضيف (الهاشمي، ١٩٩٠) إلى ذلك حصول ضعف في نضارة الوجه وبريق العيون حيث تظهر بوضوح تجعدات تنبئ عن تقدم العمر، حيث فقد الجلد نعومته وبريقه.

ويؤكد (الشربيني، د – ت) بأن هذه التجاعيد ما هي إلا النتيجة التي تبدو على السطح الخارجي للجسم بسبب الضمور الذي يحدث مع الشيخوخة، فيصبح الجلد جافاً قليل المرونة ويفتقر إلى النضارة، كما أن الطبقات الداخلية تحت البشرة حين يصيبها الضمور تسبب ترهل الجلد فيصير أشبه بمن يلبس ثوباً واسعاً أكبر من المقاس الملائم له، كما تظهر بقع داكنة على سطح الجلد نتيجة لتسرب الدماء من الأوعية الدموية الدقيقة بتأثر الزمن على جدرانها إضافة إلى آثار الإصابة بالأمراض التي قد تبدو علاماتها على الجلد الذي يعتبر مرآة لحالة أعضاء الجسم الداخلية.

التغير الجنسي

يلاحظ بأن علامات الضعف الجنسي تتأخر في الظهور عند الذكور، حتى يصل عمر الفرد إلى ٦٠ سنة أو سبعين سنة، وقد أشارت نتائج بعض الدراسات إلى آن كبار السن أنجبوا أطفالهم وهم في سن ٨٠ سنة.

ويشير (الأنصاري، ٢٠٠٤) إلى أن النشاط الجنسي يتأثر عند كبير السن بالصحة العامة والتغذية والراحة والنوم والزواج، فكبير السن المتزوج يحتفظ بنشاطه الجنسي إلى نهاية الشيخوخة إذا حافظ على صحته الجسمية والنفسية.

ويشير (السيد ، ١٩٧٥) إلى أنه يصاحب الضعف الجنسي عند الذكور بعض الأعراض الأنثوية الثانوية مثل نعومة الصوت، وانحسار جزئي للشعر عن الشارب واللحية ، ويرجع ذلك إلى زيادة نسبة الهرمونات الأنثوية عند الرجل عما كانت عليه في الشباب.

أما الإناث فإنه حينما ينقطع الحيض فإن المرأة تخطو خطوتها إلى منتصف العمر، ويؤدى انقطاع الحيض إلى أزمة نفسية حادة، تمر بها الأنثى، ثم ما تلبث أن تتغلب عليها ، وتتقبل حياتها كما هي، وتتكيف لوضعها الجديد ، ولكن هذه الظاهرة تؤثر على سلوكها فتميل إلى السلوك العدواني، والكآبة ، وينتابها الأرق والصداع، وتشعر بالتعب ويختل اتزانها الانفعالي فتثور لأتفه الأسباب.

كما ويقل لدى المرأة إفراز الهرمونات الأنثوية ، وتزداد تبعاً لذلك الهرمونات الذكرية ، ولذلك تميل الأنثى في سلوكها إلى مظاهر الرجولة ، ويلاحظ أن الشعر ينبت في وجهها وخاصة في الأماكن التي كان ينحسر عنها فيما سبق، فينبت مثلاً شاربها ، وتظهر لحيتها ويزداد خشونة صوتها. وهكذا يلاحظ بأن النمو حدث له تطور عند الذكور والإناث يمكن تسميتها المرحلة الجنسية الثالثة لأنها ليست ذكرية ، ولا أنثوية ، فهي حيادية.

ويشير (الهاشمي، ١٩٩٠) إلى حصول ضعف عام في النشاط الجنسي لدى الرجل المسن، وهذا الضعف في هذا النشاط لا يلازمه بالضرورة ضعف في الرغبة أو الميل الجنسي.

وفي هذا الشأن يذكر (الشربيني، د – ت) بأن النشاط الجنسي هو أحد الأنشطة الهامة من حيث وظيفته كتفريغ فسيولوجي طبيعي، ولا

تقتصر مهمته على أداء العملية الجنسية لحفظ النوع بل تتعدى ذلك إلى جوانب نفسية واجتماعية هامة.

وقد يوجد من الناس من يستنكر الاهتمام بالأمور الجنسية في مرحلة الشيخوخة، وينظرون إلى من يهتم به في هذه المرحلة على أنه تصرف غير لا يتفق مع وقار الشيخوخة مما يدعو إلى حرج شديد لكبار السن في عرض ما يتعلق بهذه المشكلات التي قد يعانون منها.

والواقع هو أن الوظيفة الجنسية يلحقها ما يلحق وظائف الجسم الأخرى فهي تتأثر بمرور الزمن فيدركها التباطؤ والتناقص مع الوقت، وبالرغم مما يحدث من تغيرات إلا أن ذلك لا يمنع من استمرار كبار السن في القدرة على الممارسة الجنسية الطبيعية وفي أوقات متباعدة.

السلوك الديني

يوصف السلوك الديني عند كبار السن بأنه مستقر وذو نمط عميق من الإيمان والسكينة القلبية، والصفاء الروحي. فهو إلى رحاب الله يسعى في طمأنينة العابد، وسكينة المؤمن، ولم يعد بأنه للشبهات الدينية، بل يتسامى بنفسه إلى آفاق روحية أرحب.

ويلعب الدين دوره في حياة كبار السن فيساعدهم على الرضي بكل التغيرات العضوية، والنفسية، والاجتماعية، التي تصاحب هذا الطور الأخير من الحياة. وهو بذلك (الدين) يحقق للمسن التوافق النفسي الصحيح الذي يسعى إلى بلوغه خلال جميع مراحل حياته.

ومما يلاحظ في هذه المرحلة هو أن المرأة أكثر مراعاة للأمور الدينية من الرجل.

أمراض كبار السن

يعد كثير من الناس كبر السن بأنها مرحلة مرضية، وذلك ناتج عن عملية ربطهم بين كبر السن (aging) بالمرض، وهذا كما يشير (الأشول، ١٩٩٨) بأنه ربط خاطئ، فليس كل كبير في السن مريضاً، وليس كل مريض كبيراً في السن. فالمرض قد يصيب الإنسان في مراحل حياته المختلفة، وليس في مرحلة كبر السن فقط.

ويضيف ومع أن احتمالات الإصابة بالأمراض عالية في مرحلة كبر السن، إضافة إلى أنه توجد أمراض كثيرة تصيب كبار السن بسبب الشيخوخة – تسمى بأمراض الشيخوخة Geriatric diseases إلاّ أنه ومع كل ذلك فإن كثير من كبار السن يعيشون مرحلة كبر السن بصحة جيدة، لاسيما مرحلة كبر السن المبكرة التي تمتد إلى سن الخامسة والسبعين.

لذا فإن مرحلة كبر السن ليست مرحلة مرض، ولكنها مرحلة نمو لها خصائصها النمائية في القدرات والاستعدادات والانفعالات والميول، كما أن لها مشكلاتها و أمراضها.

ويذكر (صادق، وأبو حطب، ١٩٩٠) بأن مرحلة الشيخوخة توصف بأنها مرحلة ضعف الصحة الجسمية، فحتى مع عدم الإصابة بمرض يشعر المسنون عادة بأنهم ليسوا على ما يرام. ويزداد هذا الشعور مع

التقدم في الشيخوخة وخاصة لدى ذوي المستوى الاقتصادي والاجتماعي المنخفض، وهو أقل حدة لدى المتزوجين منه عند غير المتزوجين.

وتمثل مرحلة كبر السن aging المرحلة الأخيرة من حياة الإنسان، وقد اختلف الباحثون في تحديد بدايتها، فحددها بعضهم في الماضي بسن الخمسين أو الخامسة والخمسين، حيث كانت متوسطات الأعمار آنذاك لا تتجاوز سن الأربعين إلا قليلاً، وكان الناس يعدون من عاش إلى سن الخمسين كبيراً في السن elder، فقد جاء في القاموس المحيط أن الشيخ أي – كبير السن – هو من استبان منه السن أي من سن الخمسين أو إحدى وخمسين إلى نهاية العمر.

أما (السيد ١٩٧٨) فيشير إلى أن بداية مرحلة كبر السن تحدد بسن المعاش والتقاعد من العمل في الحكومة، في حين يذكر (المبيض، ٢٠٠١) بأن بداية مرحلة الكبر تكون في سن ٦٥ وهو الذي اتفق عليه خبراء منظمة الصحة الدولية عام ١٩٧٢ م، واعتمدته كثير من الدول العربية والإسلامية.

أما نهاية مرحلة كبر السن فقد اتفق الباحثون على أنها نهاية العمر وهي قد تمتد عند بعض الناس إلى مائة أو تزيد، وهي بذلك تعتبر أطول مرحلة من مراحل النمو للإنسان.

ويخلص (مرسي، ٢٠٠٦) إلى تعريف الشيخوخة فيذكر بأن الشيخوخة ليست عمراً زمنياً وإنما عملية تحول بيولوجي وظيفي من القوة إلى الضعف، تحدث بصورة تدريجية بسبب كبر السن، ويكون التحول بسيطاً في مرحلة كبر السن الأولى، بحيث لا يعوق الإنسان عن القيام بمسئولياته، ثم يزداد التحول في المرحلة الوسطى، فيصبح القصور ملحوظاً في جميع الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية، أما في المرحلة الأخيرة

منها فيكون التدهور كبيراً، والضعف شديداً، ويصبح المسن الهرم عاجزاً عن قضاء حاجاته والعناية بنفسه.

هذا وتشير النظريات البيولوجية Biological theory إلى أن تشيخ الجسم أمر طبيعي وحتمي في مرحلة كبر السن، ولا يمكن الرجوع عنه ولا الوقاية منه، لأن التقدم في السن يلازمه تغير في عمليات الأيض metabolism في الجسم، فتزداد عمليات الهدم البيولوجي catabolism وتنقص عمليات البناء Anabolism، مما يؤدي إلى تحلل البروتوبلازم protoplasm المكون للخلايا، فيتوقف نموها وتكاثرها، وتصل إلى عمرها النهائي، ويموت بعضها ولا تستبدل بغيرها، فلا يحدث التجديد في خلايا الجسم، وتضعف أنسجته وتشيخ.

ويضيف (مرسي، ٢٠٠٦) بأنه تحدث تغيرات فسيولوجية في بنية أجهزة الجسم تؤدي إلى ضعفها، ونقص كفاءتها، وتدهور وظائفها فتضعف طاقات الإنسان ويزداد عجزه كلما تقدم سنه، إلى أن تتعطل أجهزة جسمه تماماً، عندما يبلغ أرذل العمر، الذي يحدث فيه التنكيس في الخلق ثم الموت بسبب الشيخوخة الشديدة أو الشيخوخة النهائية.

فالشيخوخة من الناحية الجسمية تمثل حالة من الاضمحلال الذي يعتري القدرات الجسمية، وتدهور في قدرة أجهزة أعضاء الجسم على القيام بوظائفها، فإنه نتيجة لذلك قد يصاب الجسم بالضعف وعدم القدرة على مقاومة الأمراض، التي قد تلازم التقدم في العمر، والتي تسمى غالباً بأمراض الشيخوخة.

وأخيراً فإن الدراسات تشير إلى أن معظم كبار السن لا يموتون بسبب الشيخوخة نفسها، وإنما بسبب الأمراض المصاحبة لها، والتي تنهك

أجسامهم، وتفضي بهم إلى الموت قبل ان تصل شيخوختهم إلى نهايتها، وتموت خلايا أجسامهم وتتوقف أجهزتها.

وتشير (قناوي، ١٩٨٧) إلى أن المرض لا يتم توزيعه عشوائياً بين السكان، ولكنه يتغير بدرجة كبيرة تبعاً للسن والجنس والمكانة الاجتماعية والمسكن والعادات.

فالإنسان معرض للإصابة بالمرض والاضطرابات الصحية المتنوعة في جميع مراحل حياته، غير انه من الملاحظ بأن مرحلة الصبا والشباب لا يلازمها شيء من الأمراض والمتاعب الصحية المزمنة، فقد يصاب الشاب بمرض شديد، ولكنه بعد فترة قصيرة أو طويلة يقوم معافى بعد انقضاء فترة المرض.

أما في مرحلة كبر السن فإن المتاعب الصحية التي تلحق بالفرد في هذه المرحلة غالباً تكون من النوع المستديم أو المزمن، فقد يشعر المتقدم في السن بشيء من التحسن ولكن سرعان ما يعاوده المرض وقد يبقى في سني حياته المتقدمة بين اليأس والرجاء، فيتحسن قليلاً ثم تسوء حالته، وقد يلازمه المرض إلى آخر أيام حياته.

ولذلك فإن للشيخوخة أمراض شائعة خاصة مرتبطة بطبيعة ما يحدث في هذه المرحلة من حصول تبدلات وضعف في أعضاء الجسم وتناقص في وظائفه.

ويذكر (أسعد، ١٩٧٧) بأنه يمكن استعراض أهم الأمراض التي يتعرض لها المسن ووضعها في عدد من المجموعات التي يحتمل إصابة كبار السن بها ومن ذلك:

- أمراض الضعف الوظيفي أو العجز الوظيفي مثل تخلف الكبد مثلاً عن النهوض بوظائفه بسبب الضعف، أو العجز الذي أصابه.

- أمراض ناتجة عن فقدان التعاون بين أجهزة الجسم مثل فقدان التعاون بين القلب والرئتين، وذلك أن كل عضو من أعضاء الجسم يتآزر مع الأعضاء الآخرى، وتقوم بينه وبينهما علاقات دقيقة غاية في التعقد.
- أمراض ناتجة عن ضعف حيوية الجسم، وعدم قدرته على القيام بالميكانيزم الحيوي المتعلق بعمليتي الهدم والبناء للجسم وضعف الخلايا وفقدان القدرة و ارتفاع نسبة الإصابة بالأورام الخبيثة عند الشيوخ.

كما وتشير (عبدالله، ٢٠٠٢) إلى أنه تواجه كبار السن بعض المشاكل الصحية أي إصابتهم بأمراض عضوية عامة تحدث أو تصيب أجهزة الجسم المختلفة، حيث تتعرض لخلل في وظائفها مما يقلل من أدائها بصورة سليمة، وهذا ينعكس في صورة أمراض تؤدي إلى تدهور في الحالة الصحية للشخص المسن، ومن تلك الأمراض أمراض الجهاز العصبي، وأمراض الجهاز التنفسي، وأمراض الجهاز الهضمي، وأمراض الجهاز البولي والتناسلي، وأمراض الأوعية القلبية، والأمراض الجلدية، والأمراض الجليدية، وأمراض الدم، والتغذية والأمراض المرتبطة بها، وأمراض ومشاكل العظام والمفاصل، وأمراض الشرايين والأمراض النفسية والعقلية والعصبية، وأمراض الجهاز الحسي، وأمراض المخ والأعصاب، والأمراض المرتبطة بالأنف والأذن والحنجرة.

كما ويذكر (الشربيني د. ت) بأن الشيخوخة هي مرحلة ضعف و وهن، وهي أكثر الأوقات التي يتأثر الجسم فيها بالمرض، ولا تكون فيها الأمراض فرادى بل يصاب المسن بعدة أمراض في نفس الوقت، وهذه الأمراض تنال وبشدة من قدرته على مقاومة المؤثرات الخارجية والداخلية

التي تسبب الأمراض، ومن أمثلة هذه الأمراض التي ترتبط عادة بتقدم السن، السرطان وحالات فقر الدم (الأنيميا)، ومرض السكر، وتضخم غدة البروستاتا بالنسبة للرجال، وسقوط الأسنان، إضافة إلى بعض المشاكل الصحية الشائعة مثل مظاهر سوء التغذية، وشكوى معظم كبار السن من الإمساك، وعلى العكس من مشكلة الإمساك هناك حالة أخرى أسوء بكثير تصيب بعض كبار السن في ظروف مرضية خاصة، تلك هي عدم التحكم في إخراج البول والبراز، ومشكلة آخرى تبدو كما لو كانت عامة في الشيخوخة تلك هي مشكلة النوم حيث المعاناة من اضطراب النوم، ومشكلة الشخير أثناء النوم.

كما أشار (الأنصاري، ٢٠٠٤) بأن كبار السن يتعرضون لأمراض كثيرة بسبب ضعف جهاز المناعة الجسمية الذي يجعل انتقال العدوى إليهم سريعاً، ومقاومة الأمراض ضعيفة، وتألمهم من الأمراض ومتاعبها كثيرة. ولا يوجد كبير في السن إلا ويعاني من مرض أو آكثر من أمراض السكر والضغط وخشونة المفاصل وآلام الأسنان والتهابات الأذن وغيرها من الأمراض الشائعة في مرحلة كبر السن.

وفيما سبق كان ذكر وسرد لمجموعة من الأمراض والمشكلات الطبية كنموذج لما يصيب الناس في الشيخوخة، وبالإضافة إلى ذلك فإنه توجد بعض المشكلات الأخرى التي يكون لأصحابها يد في ما يصيبهم من معاناتها، ونقصد بذلك الأمراض التي تنشأ عن عادة التدخين مثلاً أو نتيجة لتعاطي الكحول والعقاقير المخدرة، إذ يجب عليهم الابتعاد عن هذه الأشياء نهائياً.

ونأتي الآن لعرض بعض أهم أمراض الشيخوخة التي يتعرض لها كبار السن:

ارتفاع ضغط الدم والذبحة الصدرية. القبض المزمن وأمراض الجهاز الهضمي.الإصابة بالتهاب القصبة الهوائية وانتفاخ الرئة. الروماتيزم وآلام المفاصل. البول السكري تضخم البروستاتا. السرطان. هشاشة العظام. خشونة المفاصل. أمراض الجهاز البولي والتناسلي. أمراض الفم والأسنان.الأزمات القلبية. الشلل الرعاش.

ارتفاع ضغط الدم والذبحة الصدرية

تشير كتب الطب إلى أن الدم يدور في الأوعية الدموية نتيجة لتقلص القلب وانبساطه بالتناوب بصورة منتظمة، فعندما تتقلص عضلة تدفع الدم من داخله إلى الشرايين فتتسع هذه الشرايين لمرونتها وبمقدار القوة الضاغطة عليها، ثم يعود إلى درجة التقلص، ويمكن تحديد ضغط الدم وقياسه بواسطة أجهزة خاصة. ومعلوم أن الدرجة الطبيعية لضغط الدم عند الشيوخ في وضع الاستلقاء يبلغ ١٣٥ درجة والدرجة الطبيعية لضغط الانبساط هي ٩٠ درجة، وفي حالة استمرار ارتفاع الضغط عن المعدل الطبيعي فإنه يعرض الأوعية الدموية المتصلبة للانفجار. ويتأثر ارتفاع ضغط الدم بحالات الضغط النفسي المستمر بحيث يرتفع إلى درجات أعلى من درجاته الطبيعية. كما يتأثر كذلك في بعض الحالات المرضية كتصلب الشرايين وبعض أمراض الكلى. (عصام فكري، ١٩٨٢ صـ٢٨).

وعليه فإنه لا يجب الخلط بين الارتفاع الطبيعي الذي تسجله قراءة ضغط الدم في كبار السن وبين ارتفاع ضغط الدم كحالة مرضية. فمعدل ضغط الدم يزيد مع تقدم السن بحيث يصل في كبار السن إلى ٩٠/١٦٠

ويظل ينظر إليه على انه طبيعي نظراً لأن مرونة الشرايين تكون أقل من ذي قبل بفعل التصلب الذي يصيب جدرانها مع الشيخوخة.

ويشير (رويحة، ١٩٧٢) إلى أن هذه الحالة المرضية مرتبطة بأمراض القلب والصدمات، ويرتبط حدوثه بعملية كبر السن، إلى درجة يمكن اعتباره من الأمراض الملازمة للشيخوخة. وقد أظهرت العلوم الطبية والطب النفسي بأن ارتفاع ضغط الدم يرتبط بمدى قدرة الفرد على مواجهة كل التهديدات والصعوبات والأزمات.

وتشير (قناوي، ١٩٨٧) إلى انه يظهر بأن الإنسان كلما تقدم في السن فإن قدرته على تحمل الضغوط الجسمية والبيئية تنخفض بقدر ملحوظ. والتقدم في السن هنا يقصد به العمر الزمني بقدر ما يقصد به سن العضو الذي يتأثر بدوره في التكوينات الوراثية وآسلوب المعيشة والغذاء. إن الطرق التي تربط بين الحالة البيولوجية للفرد بما في ذلك تكوينه الوراثي، وموقفه الشخصي والاجتماعي، وبين تكوين معظم أمراض الشيخوخة فما زالت قيد الدراسة.

ويذكر هورلوك (herlock , 1976) بأن تصلب الشرايين وضيقها، يؤثر على تدفق الدم في الشرايين، مما يجعل كبير السن عرضه لارتفاع ضغط الدم، وأمراض القلب واختلال النبض والسكتة الدماغية أو القلبية.

كما ترى (الهجرسي، ٢٠٠٤) بأن الحياة الخاملة سبباً في الإصابة بالسمنة والتي بدورها تسبب مشاكل كثيرة لكبار السن، حيث يكونوا معرضين لما يسمى بأمراض العصر مثل تصلب الشرايين، وارتفاع ضغط الدم، وارتفاع نسبة السكر في الدم.

هشاشة العظام

من أمراض العظام الشائعة في كبار السن، ويسمى أحياناً بنقص صلابة الهيكل العظمي نتيجة لفقد مادة العظام عاماً بعد عام. وهذه الحالة أكثر حدوثاً في السيدات بعد انقطاع الطمث في سن الخمسين تقريباً.

وتشير (خليل، ٢٠٠٣) إلى أن المقصود بهشاشة العظام، هي هبوط كثافة العظام، مما يجعلها ضعيفة سهلة الكسر، وهي تصيب النساء بصورة أكبر من الرجال، ولأن أعراضها ليست مؤلمة فلا يعرف المريض بإصابته إلاّ في مراحل متأخرة من المرض، وذلك عندما يشعر مثلاً بألم في الظهر، أو تقوس عموده الفقري، أو انحناء جسمه ونقص طوله أو عندما تتكسر عظامه ويخبره الطبيب بأن لديه هشاشة عظام، ولذلك فيسمى هذا المرض بالمرض الصامت.

كما يذكر (عبدالقادر، ٢٠٠١)، و (الأنصاري، ٢٠٠٤) بأن هشاشة العظام تنتج عن عوامل وراثية وبيئية، إضافة إلى ما يوجد من استعدادات لدى كبير السن، واختلال الهرمونات في جسمه لاسيما هرمونات الغدة الدرقية، وانقطاع الدورة الشهرية عند النساء، وتشيخ العظام، وسوء التغذية في مرحلتي الطفولة والشباب، ونقص الكالسيوم وعدم ممارسة الرياضة، وسوء استخدام الأدوية بعامة والكيرتوزون بخاصة، وتعاطي المخدرات والكحوليات والتدخين والفشل الكلوي والتليف الكبدي

وإضافة إلى كل ذلك فإن التآزر الحركي يضعف، مما يجعل حركة كبير السن بطيئة، وقد تضمر عضلاته ويعجز عن الحركة أو أنه قد يمشي بصعوبة.

وفي هذه الحالة تزيد فرصة حدوث التشوهات في العظام بما يسبب انحناء أو اعوجاج العمود الفقري، وأكثر العظام عرضة للكسور هي عظام الرسغ والفخذ والظهر، وتشكل هذه الحالات عبئاً على الخدمات الطبية لكبار السن، ولذا فإن الجهات الطبية تشجع كبار السن على الحركة وممارسة التدريبات الرياضية المناسبة لهم مع الاهتمام بالتغذية الكاملة لوقايتهم حيث أنها أفضل العلاجات.

خشونة المفاصل

تعتبر هذه الحالة من الأمراض التي تصيب المفاصل في الشيخوخة وهي مشكلة تحتاج إلى علاج طويل وقد يصعب التغلب عليها باستخدام الأدوية فيلجأ الأطباء إلى إجراء الجراحة لبعض هذه الحالات حيث أن التغيرات التي تصيب هذه المفاصل في الشيخوخة تتسبب في تدمير مكونات المفصل وتعوق أداء وظيفته وينتج عنها عجز في الحركة بالإضافة إلى الألم.

وتشير (خليل، ٢٠٠٣) إلى أن المقصود بخشونة المفاصل هو تيبس يحدث في المفاصل يمنع مرونتها، مع حدوث تحلل للغضاريف مما يسبب آلاماً شديدة عند الحركة والمشي والوقوف والجلوس، مما يؤدي إلى حدوث التهابات في المفاصل، وتمزق في الأربطة الضامة، مما تجعل كبير السن في حالة من عدم القدرة على الحركة أو من البطء فيها. ويعتبر مفصل الركبة والكوع والكتف من أكثر المفاصل عرضة للخشونة، ومما يسهم في زيادة احتمال الإصابة بخشونة المفاصل، السمنة وإهمال الحركة والرياضة في مرحلة الشباب. وخشونة المفاصل تصيب كبار السن أكثر من الشباب وإصابة المسنات أكثر من كبار السن.

البول السكري

وهو مرض شائع عند كبار السن، ويحدث نتيجة لنقص كفاءة الكبد والبنكرياس، التي تؤدي إلى خلل في عمليات التمثيل الغذائي للسكريات، فيزداد السكر في البول والدم، ويجعل كبير السن عرضة لمضاعفات في الكلى والعيون، وتصلب الشرايين وانسدادها، وما يترتب عليه من السكتة الدماغية والقلبية والجلطات المختلفة، ومن أهم أعراض البول السكري، فقدان الوزن والشعور بالعطش والخمول وكثرة التبول والحكة في الجلد. (خليل، ٢٠٠٣).

كما يشير (إسماعيل، ١٩٨٣) إلى أن المسنات هن أكثر تعرضاً للإصابة بأمراض السكر من كبار السن. وهن كذلك أكثر تعرضاً من كبار السن في الإصابة بضغط الدم وهشاشة العظام وخشونة الركبة والتهابات المفاصل والسلس البولي.

وقد ثبت من إجراء الفحوص في مسح لكبار السن فوق سن السبعين أن ٢٠٪ من الرجال و ٣٠٪ من النساء لديهم دلائل الإصابة بمرض السكر حتى في غياب الشكوى من أعراضه، والمشكلة لا تكون في شكوى المريض وما يذكره من أعراض بل في المضاعفات التي تنشأ عن هذا المرض مثل الغيبوبة أو فقد الوعي نتيجة لزيادة نسبة السكر بالدم أو نقصه.

أمراض الجهاز البولي والتناسلي

وهي عبارة عن مجموعة مشكلات شائعة عند كبار السن وتشمل صعوبات التبول والسلس البولي وتكوين الحصوات في الكلى والمثانة والحالب والتهابات المثانة، وتضخم البروستاتا الحميد وغير الحميد،

ويرجع حدوث ذلك إلى تشنج خلايا الجهاز البولي والتناسلي. (الأنصاري، ٢٠٠٤).

ويؤدي نقص كفاءة الجهاز البولي، إضافة إلى ضعف وظائف المثانة ووجود تضخم في غدة البروستاتا مع كبر حجمها إلى إعاقة مجرى البول أو كثرة التبول والسلس البولي.

أمراض الفم والأسنان

من المشكلات التي يتعرض لها كبار السن، المشكلات في الفم، ويبدو أن سبب تعرض كبار السن لمشكلات الفم والأسنان يرجع إلى تسوس الأسنان وضعف العظام والتهابات اللثة، إضافة إلى عوامل التعرية التي تحدث فتؤدي إلى ضعف الأسنان وخلعها، واستبدالها بأسنان صناعية عن طريق تركيب أطقم متحركة أو ثابتة أو زراعة أسنان جديدة. وبصفة عامة فإن ٩٥٪ من كبار السن يفقدوا أسنانهم الطبيعية، أما الذين تبقى لديهم بعض الأسنان فتكون حالتها سيئة للغاية وكذلك اللثة. وتركيب أسنان صناعية يفيد في الاحتفاظ بالفراغ الطبيعي للفم، كما أن مظهرها يحفظ شكل المسن العام من التغيير، وتساعد أيضاً في تناول الطعام.

السرطان

ويسمى بالمرض الخبيث، وهو إحدى المشكلات الطبية التي لم يصل الطب بعد إلى اكتشاف علاج حاسم لها، بل إن الطب لم يتوصل إلى حقيقة مسبباتها.

ويشير (الشربيني، د – ت) بأن الإصابة بالسرطان تزيد في السن المتقدمة، ويعتبر السبب الثاني للوفاة حيث يأتي في المرتبة التالية لأمراض القلب، و ٥٠ ٪ من حالات السرطان تكون لكبار السن ممن هو فوق الخامسة والستين، ويرجع السبب في ذلك إلى أن طول سنوات العمر يعطي فرصة للتعرض للمؤثرات المسببة للسرطان أو قد تزيد فرص الإصابة في كبار السن بسبب انخفاض المناعة العامة للجسد أو التغيرات الهرمونية المصاحبة للشيخوخة، أو كل هذه الأسباب مجتمعة.

هذا ويتم عادة اكتشاف حالات السرطان متأخراً في كبار السن حيث يتم تشخيص بعض الحالات بالصدفة أثناء الفحص الطبي الروتيني، وتأتي صعوبة اكتشاف المرض في كبار السن، لأنهم يعانون من أمراض متعددة في نفس الوقت.

وأكثر أنواع السرطان انتشاراً في الذكور سرطان الرئة، وله علاقة مباشرة بالتدخين، يليه سرطان الجلد، وسرطان المعدة والقولون والبروستاتا والمثانة، أما في المرأة فإن أكثر أنواع السرطان انتشاراً هو سرطان الثدي، وسرطان الجلد، وسرطان المعدة والقولون.

وتذكر (خليل، ٢٠٠٣) بأن السرطان ليس مرضاً واحداً ولكنه أنواع عديدة، تصل إلى أكثر من ٢٠٠ نوعاً بعضها قابل للعلاج ولاسيما إذا تم اكتشافها مبكراً، والسرطانات تصيب كبار السن بمعدلات أعلى من صغار السن، ويبدو أن تشيخ خلايا الجسم له علاقة بظهور المرض وسرعة انتشاره كلما تقدم في السن.

تضخم غدة البروستاتا

يشير (الشربيني، د – ت) بأن هذه الحالة تصيب الرجال فقط نتيجة لتضخم غدة البروستاتا، وتحدث هذه الحالة على نطاق واسع في كبار السن حيث تصيب ما يقرب من نصف الرجال الذين تعدوا السبعين، لكن نصف المصابين فقط يشعرون بهذه المتاعب التي تنشأ عن عدم تدفق البول بحرية من المثانة بسبب ضغط البروستاتا المتضخمة، والشكوى المعتادة في هذه الحالة هي صعوبة بدء التبول، ونزول نقط متبقية بعد الانتهاء من التبول، وكثرة التردد على دورة المياه خصوصاً أثناء الليل.

الأزمات القلبية

يتأثر القلب كباقي أجزاء الجسم بالشيخوخة، فيصيبه الوهن وذلك بعد سنوات طويلة من العمل المتواصل، وكذلك الأوعية الدموية التي تحمل الدم الذي يضخه القلب مع كل نبضة إلى أجزاء الجسم ثم تعود به إليه من جديد.

فالقلب الذي ظل ينبض بانتظام وبمعدل ثابت تقريباً ليضخ الدم إلى بقية الجسم على مدى السنين تبدأ ضرباته في الضعف فيقل عددها مقارنة بسابق عهدها كما تقل كمية الدم التي يدفعها لتغذي بقية الجسد، وقد يختل انتظام هذه الوظيفة في مرحلة الشيخوخة بفعل السن أو الأمراض، كما تتأثر الشرايين التي يصيبها التصلب فتفقد مرونتها ويزيد ضغط الدم بها وقد يصل الحال ببعضها إلى الانسداد الكامل.

ويشير (الشربيني، د – ت) إلى أن من علامات الشيخوخة أن تبدأ نبضات القلب في التباطؤ وتقل أيضا كمية الدم التي يدفع بها إلى الجسم.

وتأتي أهمية الأمراض والاضطرابات التي تصيب القلب والشرايين من كونها السبب الأول للوفاة، ومن أهم أمراض القلب في الشيخوخة هبوط (إخفاق) القلب، و إحتشاء عضلة القلب أو الجلطة.

وهبوط القلب أو إخفاقه يعني أن القلب لم يعد قادراً على إمداد الجسم بالدم الكافي، والنتيجة هي الضعف الذي يصيب المريض، فأي مجهود يقوم به المسن يتحول إلى عمل شاق يصعب إتمامه.

أما إحتشاء عضلة القلب أو الجلطة، فيعود حدوثها إلى مرض الشرايين التاجية التي تمد عضلة القلب بالدم الذي يحتوى على الأكسجين والغذاء اللازم لأداء وظيفتها في النبض المتواصل، ويحدث مع تقدم العمر أن يصيب المرض هذه الشرايين فيحدث بها ضيق قد يؤدى إلى نقص الدم فيشكوا المريض من الم شديد عند بذل أي مجهود وتعرف هذه الحالة بالذبحة الصدرية، أما إذا كان انسداد الشرايين كاملاً في أحد فروعها فإن ذلك يعني حرمان جزء من عضلة القلب من الدم نهائياً فتتأثر وظيفة القلب وتظهر أعراض الجلطة في صورة ألم حاد في الصدر وضيق في التنفس.

وقد أثبتت الإحصائيات أن ضغط الدم المرتفع يؤدى إلى الإصابة بمرض القلب بنسبة تعادل ضعف المعدل المعتاد.

حالات فقر الدم (الأنيميا)

من الحالات المنتشرة والشائعة في كبار السن، ومن أعراض هذه الحالة شحوب لون المريض ويبدو عليه التعب والإجهاد عند بذل أي مجهود، وحدوث سرعة في خفقان القلب، مع شعور بالدوار وفقد الاتزان عند النهوض، والسبب قد يكون نقص في مادة الحديد التي تدخل في تكوين

الهيموجلوبين، إما لعدم تناول كمية كافية من الحديد في الغذاء أو لعدم استفادة الجسم بها بسبب أمراض الشيخوخة أو لأسباب آخرى ينبغي الكشف عنها. (الشربيني، د – ت).

الأمراض والاضطرابات النفسية لدى كبار السن

يشير (مرسى، ٢٠٠٦) إلى أن كبار السن يتعرضون إلى اضطرابات نفسية وعقلية ومشكلات نفسية، فيعانون من القلق والاكتئاب النفسي والاكتئاب الذهني وغيرها من الاضطرابات.

و من النواحي المحيرة في البحث حول فسيولوجية الشيخوخة، ناحية الضغوط وهي حدث يولد تغيرات في وقاية الجسم أو التوازن النفسي لدى الشخص. والضغوط الجسمية والبيئية تلعب دوراً حاسماً في خفض مقاومة الجسم، وقد دلت على ذلك الدراسات المعملية التي أجريت على الإنسان والحيوان، كما أن أهميتها تتزايد في محاولة تفسير ظهور بعض أنواع المرض، ولو أن الطريقة التي قد يكون للضغوط فيها ارتباط بتطور الأمراض المزمنة لم تتضح بعد.

ويذكر (أسعد، ٢٠٠٠) بأن الشيخوخة تمثل من الناحية السيكولوجية حالة من الاضمحلال تعتري إمكانات التوافق النفسي والاجتماعي للفرد، فتقل قدرته على استغلال إمكاناته الجسمية والعقلية والنفسية في مواجهة ضغوط الحياة لدرجة لا يمكن معها الوفاء الكامل بالمطالب البيئية أو تحقيق قدر مناسب من الإشباع لحاجاته المختلفة ويمكن أن يستدل عليها من سوء وضع الفرد بالنسبة لجماعته بالنظر إلى إمكانات التوافق كما يستدل عليها بمقاييس السلوك، فتلاحظ بعض التغيرات الانفعالية التي تحدث في الشيخوخة بالإضافة إلى السلوك

الشخصي الذي ينشأ عن هذه التغيرات، ومن ذلك القلق بالنسبة للصحة العامة وفقدان الأمان الاقتصادي والشعور بعدم الكفاية الذي يؤدي إلى الشعور بعدم الاطمئنان والقلق والشعور بالوحدة والعزلة واتجاهات الشك وتطبيق الاهتمامات التي تؤدي إلى الاستيطان والاهتمام المتزايد بالغرائز الجسمية، والمتع الجسدية، وفقد الاهتمام بالنشاط المتزايد، وقلة النشاط الجنسي، وعدم القدرة على التوافق مع الظروف المتغيرة.

وتشير (عبدالله، ١٩٩٩) إلى آن مرحلة الشيخوخة تتسم بالعديد من التغيرات الجسمية والصحية والاجتماعية والاقتصادية والتي لها تأثير رئيس ومباشر على حالة المسن النفسية، وتذكر بأن كبار السن يتعرضون لمشكلات نفسية كثيرة، ومنها الاضطرابات النفسية مثل القلق والخوف والاكتئاب.

هذا وتقسم أمراض الشيخوخة النفسية إلى:

١ - الاضطرابات الوجدانية في الشيخوخة.

٢ - عصاب الشيخوخة.

٣ - ذهان الشيخوخة.

١- الاضطرابات الوجدانية في الشيخوخة

وهي مجموعة من الأمراض العقلية تتضمن اضطراباً مبدئياً في الوجدان، أي تذبذب بين الانشراح أحياناً والحزن أحياناً أخرى.

فالمريض يعاني من دورات مرضية يكون فيها أحياناً مكتئباً وأحياناً آخرى طبيعياً ثم ينتقل إلى حالة من الزهو والابتهاج أو الهوس والاكتئاب في أشكاله المختلفة وذلك شائع الحدوث بين كبار السن

الفقراء أكثر مما هو بين مجموعات أخرى، وتظهر في ثلاث مجموعات من الاكتئاب وهي:

أ) اضطرابات مزاجية خفيفة.

ب) اكتئاب عصابي وتفاعلي.

جـ) اكتئاب شديد.

هذا ويشير (الفحل، ١٩٩٠) إلى أن الاكتئاب يمثل مشكلة عامة عند أغلب كبار السن فالاكتئاب الخطير أو الحاد يكون أقل انتشاراً من الأعراض الاكتئابية، كما أن الاكتئاب لدى كبار السن يرتبط بكل من الأمراض الذهانية والوجدانية وأن درجة الاكتئاب تزداد مع تقدم العمر لديهم.

ويعتبر الاكتئاب أحد المشاكل الرئيسية في مجال الصحة النفسية لكبار السن ويوجد اكتئاباً حاداً لدى ٤٪ ممن تجاوز سن الخامسة والستين، وتتضمن هذه النسبة أولئك الذين توجد لديهم أعراض ذهانية كما يوجد اكتئاب متوسط الدرجة لدى ١٣٪ منهم مع انخفاض أكبر في المزاج ولدى ٣٪ اضطراب قلق عام ولدى ١٠٪ اضطرابات مخاوف وهي مخاوف أماكن مفتوحة وقد قدر أن ٤٠٪ ممن يعانون من هذه المخاوف لديهم أعراض اكتئابية. (فرج، ٢٠٠٠).

ويشير (موسى، ١٩٩٣) إلى أن من أهم أعراض الاكتئاب لدى كبار السن هو الانعزال عن المجتمع والشعور بالتوتر والضيق وفقدان الشهية يصل إلى رفض الأكل وهذا يعني أن هناك رغبة شديدة في التخلص من النفس وهو نوع من الانتحار الذي يؤدي إلى تدهور الحالة الصحية العامة، وهناك أعراض عضوية مثل الشعور بالضعف العام والتأخر الحركي أو بطء الحركة ونقص الرغبة الجنسية، الانشغال

بوظائف الجسم المختلفة ويصاحبه الخوف وتوهم المرض والشعور باليأس وانخفاض الروح المعنوية والإصابة بالأمراض الشديدة وقد يكون هناك تقلب في المزاج من المرح الشديد إلى الحزن الشديد بدون سبب واضح وفقدان الثقة بالنفس والشعور بالنقص والشعور بعدم القيمة وبعدم الأهمية ويسيطر عليه التشاؤم وخيبة الأمل وكثرة البكاء ومحاولات الانتحار، وقلة النوم وتقطعه وإهمال المظهر العام والنظافة وبطء التفكير وصعوبة التركيز والتردد ولوم الذات والشعور بالذنب وكثرة النسيان.

كما أن هناك أسباب عديدة قد تؤدي إلى الاكتئاب منها ماهو شخصي ومنها ماهو غير شخصي وتؤدي النتائج الناجمة عن الاكتئاب إلى استمراره وزيادته (Dill & Anderson, 1999).

ومما يزيد من خطورة الاكتئاب لدى فئة كبار السن أن له دوراً رئيسياً في نشأة الكثير من الأمراض مثل أمراض القلب والشلل الرعاش والزهبر (Krishma , etal, 2002).

أ) الاضطرابات المزاجية الخفيفة (الاكتئاب البسيط)

minor depression

يميل كبار السن الذين لديهم أعراض هذه الحالة إلى الشعور بالتعاسة بسبب الظروف التي يلاقون فيها الكثير من المتاعب المالية، وفقد الأقارب، أو قدامى الأصدقاء أو الحزن على المفقود... إلخ.

فيظهر عليهم الحزن والغم وانخفاض الروح المعنوية لديهم، مع احتفاظهم بمعايشة الواقع ولا تظهر عليهم الهذاءات ولا الهلاوس، ويظل كبير السن متبصراً بأفعاله، ويدرك ما يعانيه من اكتئاب، ويسعى إلى العلاج.

ب) الاكتئاب العصابي والتفاعلي:

يقصد بلفظ العصابي تلك الحالات التي يحدث فيها الاكتئاب عن خلفية متأصلة من رد الفعل العصابي مثل حالات الذهول أو الخوف. ويقصد بالتفاعلي هي الحالات التي يحدث فيها الاكتئاب بعد أو مع الحزن على فقيد أو الذي يحدثه فقدان المال أو متاعب اجتماعية خطيرة. وفي كلتا الحالتين يشكو المريض من شعور بالتعاسة ويجد صعوبة في النوم، وقد تزداد الحالة شدة في ظروف معينة، وقد يصاحبها شكوى جسمانية أو أعراض قلق أو ذهول أو خوف.

جـ) الاكتئاب الشديد/ أو الحاد Major depression

ويظهر هذا الاكتئاب بأشكال مختلفة، حيث يظهر على المسن تباطؤ عقلي وحركي شديد كما يعتريه وجوم فلا ينطق ولا يتحرك، وعندما يحدث التباطؤ قد يلاحظ بأن المريض يجيب على الأسئلة المطروحة عليه ولكن بعد تأجيل طويل.

ويشيرْ (زكي، ٢٠٠١)، و أوسكود (Osgood , 1992) إلى أن هذا النوع من الاكتئاب الشديد يعتبر أشد خطورة من الاكتئاب البسيط، حيث تظهر الهذاءات والهلاوس، ويفصل هذا الاكتئاب كبير السن عن الواقع، ويصبح غير مسئول عن أفعاله، وقد يؤدي إلى الانتحار.

كما ويشير ديفيدسون و مور (Davidson & Moore , 1992) إلى أن معدل الإصابة بالاكتئاب يكون عند الرجال أعلى من معدل الإصابة عند النساء، ويعود ذلك إلى أن الرجال أكثر تأثراً من النساء بالتقاعد والترمل وخصوصاً في مرحلة الكبر، فالرجل يشعر بالفراغ أكثر من المرأة، كما يشعر الرجل بالوحدة والعزلة بموت الزوجة أكثر مما تشعر به المرأة بعد

موت زوجها، وتوضح الدراسة كذلك بأن معدلات الانتحار عند الرجال أعلى منها عند النساء في مرحلة كبر السن في الولايات المتحدة الأمريكية.

وتشير دراسة ليبو و كين (Lebow & Kane , 1999) بأن كبير السن المكتئب متعب لمن حوله، فهو كثير الشكوى والتذمر والسخط، وكثير المرض، ويرجع ذلك إلى ضعف المناعة الجسمية لديه بسبب الاكتئاب، مما يجعل كبير السن عرضة لانتقال العدوى، مما يحتاج معه إلى جهد كبير في العلاج.

كما يذكر نيتي و آخرون (Niti & etal , 2007) إلى أنه يوجد ارتباط بين الاكتئاب وبعض الأمراض المزمنة التي تصيب كبار السن مثل: السكر، ضغط الدم، التهاب المفاصل، أمراض القلب، الربو، وغيرها من الأمراض.

٢- عصاب الشيخوخة

قد يعيش عدداً من كبار السن وحيداً، وقد لا يكون لهم أهلاً ومثل هؤلاء هم الأكثر تعرضاً للنبذ من الآخرين وللإصابة بالعصاب وظهور بعض الأعراض المرضية الخطيرة.

ومن الأعراض الشائعة التي تنتج عن النبذ وما يصحبه من تعاسة الآتي:

أ) الضجر والتملل.

ب) الهوام خاصة أثناء الليل كمغادرة المنزل والشرود والضلال.

جـ) اتهام الآخرين بسرقة بعض متعلقاتهم والحقيقة أنهم نسوا أين وضعوها.

د) عدم التحكم في العضلات القابضة.

هـ) التحدث عن الانتحار.

و) بعض أنماط السلوك العنيف.

ويمكن بسط الحديث عنها بشكل موجز فيما يلي:

أ) الضجر والتملل

وهذا عرض شائع من أعراض الاكتئاب، والتملل في أثناء النهار يمكن أن يتسبب في قدر كبير من الضيق للمحيطين بهم، أما إذا حدث ليلاً فإن هذا الضيق يصاحبه قلق نحو سلامة هؤلاء كبار السن خوفاً عليهم من السقوط وإصابة أنفسهم بأذى أو بتعرضهم للبرد أو الإضرار بأنفسهم، وترجع أسباب هذه الظاهرة إلى الملل أو الوحدة المؤدية للاكتئاب.

ب) الهوام أو الشرود

ويقصد به ترك المنزل مع وجود احتمالات الضلال، ومثل هذه الحالة تسبب القلق خاصة إذا حدث ليلاً، ومن أسباب الضجر المصحوب بالاكتئاب وشدة ردود الفعل، وعادة بعض أمراض المخ.

جـ) عدم التحكم في العضلات القابضة

هذا العرض قد يكون أكثر الأعراض تسبباً في احتمال نبذ المسن، فقد يكون عدم التحكم لدى المسن في البول أو البراز أو كليهما، مما يتسبب في اشمئزاز الأهل منهم، ويخالط المريض لذلك

شعور بالضيق وقد تنهار روحه المعنوية، ويزداد هذا الشعور عند المريض بزيادة اشمئزاز الأهل منه.

وتوجد عوامل نفسية واجتماعية تلعب دوراً كبيراً في حدوث هذه الظاهرة مثل الاكتئاب الشيزوفرنيا، والانفعالات العصبية الشديدة، وانعكاس الأدوار بين كبير السن والشباب، وصعوبة وصول المسن لدورة المياه وتغير البيئة، وإصابات الجهاز البولي.

٣- ذهان الشيخوخة

ويطلق على هذا النوع من المرض مسمى خبل الشيخوخة أو خرف الشيخوخة وفيه يصبح المسن أقل استجابة وأكثر تمركزاً حول ذاته ويميل إلى التذكر وتكرار حكاية الخبرات السابقة، وتضعف الذاكرة بالنسبة للحاضر short -term. Memory Loss بينما تظل قوية بجميع تفاصيلها بالنسبة لخبرات الماضي، وتقل اهتماماته وميوله، ويلاحظ نقص الشهية للطعام، وحدوث الأرق، وتقل الطاقة والحيوية، ويصبح المسن غير قادر على المبادأة وغير قادر على التوافق بسهولة ويشعر بقلة قيمته في الحياة، وهذا يؤدي إلى سرعة الاستثارة والعناد والنكوص إلى حالة الاعتماد على الغير، وإهمال النظافة والملبس والمظهر والاستهتار، وباختصار يبدي المسن صورة لشخصيته السابقة. وتكون نسبة حدون ذهان الشيخوخة بالنسبة للنساء (٠.٨)، اما بالنسبة للرجال فيكون (٠.٦). (جلال، ١٩٨٦).

وعموماً فإن المريض بذهان الشيخوخة يبدو في شكل تدهور حاد، وعجز عن العناية بنفسه فاقداً الوعي والإدراك لاختلاط عقله، ويمثل

ذهان الشيخوخة آخر مرحلة للتدهور النفسي الذي يصاحب التدهور الفسيولوجي.

وتوجد لذهان الشيخوخة عدة أنواع منها:

أ) عته الشيخوخة

ويصاب به عدد قليل من كبار السن وهو عبرة عن حالة من تآكل وضمور في المخ تؤدي إلى اضمحلال مستمر في القوى العقلية مع عدم توقع الشفاء من هذا التدهور. لأن للوراثة دور كبير و هام في ظهوره.

ويشير (عيسوي، ١٩٨٩) إلى أن بداية الاضطرابات المرتبطة بعته الشيخوخة تكون تدريجية، وتتضمن تدهوراً عقلياً وعضوياً وتعكس زيادة في فشل كفاءة الذاكرة، وفي بعض الحالات قد يظهر مرض عضوي أو بعض التوترات الموقفية الأخرى.

ويظهر على المريض بعض الأمور أو الأعراض الآتية:

- تغير عقلي: حيث يضطرب الفهم ويتشتت الانتباه ويصعب التركيز وتضمحل الذاكرة مع اضطراب في التعرف على الزمان والمكان، وقد يكون لدى المريض صعوبة في عملية تذكر عدد أبنائه، ويسأل عن أشخاص ماتوا من سنوات.
- تغير وجداني: مثل عدم التناسق الوجداني والاضطراب الانفعالي، والضحك والبكاء بدون سبب، ويتغير المزاج من الاكتئاب إلى المرح بصورة سريعة.
- تغير سلوكي: حيث يسلك المريض سلوكاً غريباً عن طبيعته، مختلفاً عن سابق عهده، فالانحراف والاستعراض أمام أهله وأصدقائه مع التصرف الصبياني في كثير من نواحي نشاطه.

ب) عته تصلب شرايين المخ

وهو نوع من الذهان العضوي، يتميز باضطراب الحكم والتقدير مع تدهور الشخصية في بدء الأمر ، وعدم الاستبصار بالأعراض، وخاصة الذاكرة واستمرار الاضمحلال العقلي، وعادة ما يصاحب عته تصلب شرايين المخ ارتفاع ضغط الدم، مع أعراض ذهانية من اكتئاب إلى هذاءات، ويتدهور المريض ببطء، عدا ما إذا أصيب بجلطة أو نزيف في المخ.

ويشير (جلال، ١٩٨٦) بأن حالة تصلب شرايين المخ يحدث التدهور بشكل فجائي، ويؤدي إلى انفجار بسيط في الأوعية الدموية أو انسدادها أو حدوث تسمم فيها.

ويشير (سوين، ١٩٧٩ –ترجمة) إلى أن ذهان تصلب الشرايين في المخ فإنه يتصل بالحالة التي تتميز بوجود رواسب دهنية في الأوعية الدموية بالمخ. ومن الطبيعي أن تصلب شرايين المخ قد تظهر من قبل بلوغ الشيخوخة ولكنه مع ذلك أكثر شيوعاً بعد سن الخمسين.

جـ) ذهان الشيخوخة الوجداني

يشير (ابراهيم، ١٩٨٨) إلى أن مفهوم الذهان الوجداني هو اضطراب أو اختلال يصيب الوجدان. وتتراوح اضطرابات الوجدان من الهياج المتطرف إلى الحزن الشديد. ومن التغيرات الوجدانية التي تحدث في بعض حالات ذهان الشيخوخة فقدان الاهتمام بالعالم وعدم الاكتراث الشديد ، كما يحدث تدهور عقلي عام كالعجز عن التجريد ، وفهم الأفكار الجديدة ، والعجز عن الحكم الجيد ، والجمود خاصة في حالات

الذهان العضوي الناتج عن تحلل المراكز العصبية في الجهاز العصبي نتيجة للشيخوخة.

ويلاحظ بأنه يوجد تشابه في أعراض ما تم ذكره من اضطرابات وجدانية، إلا أن هذا النوع تزيد أعراض التوتر مع زيادة الحركة، والشعور بالإثم والهذاءات وتوهم العلل البدنية، وهذاءات الأهمية الخيلائية، وآحياناً يبدو وكأنه يوجد تدهور في الوظائف العقلية.

د) فصام الشيخوخة

تلعب العوامل البيئية دوراً هاماً أكثر من الوراثة في هذا النوع من المرض، ويلاحظ بآن شخصية المسن تكون انطوائية قبل المرض، مع وجود عجز جسمي في معظم الحالات خاصة الصمم، ويبدأ المريض بضلالات اضطهادية منغصة ضد الجيران والأقرباء الذين يريدون التخلص منه، أو سرقته، وعادة يصاحب هذه الهذاءات بعض الاكتئاب آو الهلوسة السمعية أو البصرية، ومع كل ذلك فإن المسن يظل محتفظاً بقدرته العقلية، وذاكرته مع تكامل شخصيته. ((Benton,1977,PP.369-370.

الشلل الاهتزازي / مرض باركنسون

وهو من الأمراض العصبية الشائعة في كبار السن وسمي بهذا الاسم نسبة إلى العالم الغربي الذي وصفه لأول مرة ويسمى أحياناً بالفالج الإرتجافي أو ذي الرعشة، ويشير (جلال، ١٩٨٦) إلى آن أسباب هذا المرض غير معروف في معظم الحالات. إلا أنه يسود الاعتقاد بأن السبب في حدوثه لدى بعض الأفراد هو استعداد وراثي.

ومن أهم أعراض هذا المرض أنه يتميز بحركة اهتزازية لا إرادية في الجسم مع ضعف القوة العضلية ونزعة إلى انحناء الجذع أماماً وتخلخل المشي، مع عدم إصابة النواحي الفكرية والحواس.

وهو موجود ومنتشر في العالم وفي كل المستويات الاقتصادية والاجتماعية وترتفع نسبته بين الرجال عنه عند النساء. ويبدأ ظهور المرض في السن ما بين ٥٠ -٦٠ وفي بداية المرض تظهر الأعراض التي منها، بطء الحركة وعدم مرونتها، تخشب جسم المريض، وضع خاص تتخذه اليدان أثناء الراحة، وكلما زاد المرض يبدأ اهتزاز إحدى اليدين أو كلتاهما، ويشكو المريض من صعوبة مسكه للأشياء، ويفقد الوجه قدرة التعبير عن الانفعالات، ويفقد المرضى المبادأة وتصعب عليهم عملية البدء بالقيام بأي عملية من عمليات النشاط اليومي فيجمد نشاطهم.

ويذكر (صادق، وأبو حطب، ١٩٩٠) بأن هذا المرض هو عبارة عن اضطراب مخي مزمن يظهر في طور أرذل العمر، ويشيع ظهوره عند الرجال خاصة بعد بلوغ سن الستين، ويتطور هذا المرض بالتدريج ويبدأ ببطء الحركة و انحناء القامة مع قصر شديد في الخطى. وبعدئذ يفتقد الوجه تعبيراته الانفعالية ويصير الصوت رتيباً، ويفتقد التنوع والحيوية.

ويشير (الوزنة، ١٩٩٥) إلى أن مرض الشلل الرعاش من الأمراض التي تصيب الجهاز العصبي، وهو يؤثر على العضلات بصورة غير مباشرة فيصيبها بتيبس يعرف بالصمل وبالتالي يؤدي إلى بطء وقلة في حركة العضلات. والمرض يصيب حوالي ١٪ من الناس البالغين ٦٠ عاماً من العمر أو لأكثر. وأن ثلاثة أرباع المرضى يصابون بالمرض ما بين ٥٥ - ٦٠ سنة من العمر، ويصيب الرجال بنسبة أكبر من النساء وبنسبة ٣: ٢.

ويشير (الشربيني، د. ت) إلى أن المريض يظهر عليه جمود الملامح، وصعوبة المشي وتكون الخطوات قصيرة ومتلاحقة، مع حركة اهتزاز في يده، ومن خصائصها أنها تختفي عند الحركة وتعود عند السكون، كما أنها تختفي أثناء النوم.

خوريا هنتنجتن

وهو مرض معروف في طور أرذل العمر ويسمى باسم كوريا والمنسوب لمكتشفه هنتنجتون Huntington الذي اكتشفه عام ١٨٧٢ م.

يوجد هذا المرض في جميع بلاد العالم، وإذا بدأ المرض فإنه لا يتوقف إلا في النادر، ومتوسط الفترة التي يمكن أن يعيشها الفرد بعد إصابته بالمرض تتراوح ما بين ١ -١٥سنة.

ويشير (جلال، ١٩٨٦) إلى أن المراحل الأولى للمرض تكون عادة انفعالية أكثر منها عقلية إذ يكون المريض سريع الاستثارة، حاد الطبع، عاجزاً عن ضبط نفسه، وبعضهم يصبح متعباً لمن حوله، ويبحث عن الأخطاء، وجامداً في تصرفاته، في حين أن بعضاً آخر منهم يدعي العظمة والتعالي، وفي بعض الأسر التي يوجد فيها هذا المرض يكون الانتحار أمراً مألوفاً، وكلما زاد المرض تدهورت الناحية العقلية إذ تضعف الذاكرة والقدرة على التركيز ويصاب الإدراك.

وعموماً يتميز هذا المرض بالعوامل الآتية:

١ - وجود عامل وراثي.

٢ - يلاحظ بأنه يبدأ متأخراً أي في فترة من العمر متأخرة ما بين عمر ٣٥ - ٤٠ سنة ويصاحبه شذوذ جسماني وعقلي ولا تسبقه أي شواهد تدل عليه.

٣ - عدم معرفة كنه الإصابة في المخ.

٤ - تدهور عقلي مستمر وملحوظ.

كما يلاحظ بأن كل أنواع الخوريا والتي من أشهرها خوريا سيدنهام تتميز بحركات عضلية إيقاعية منظمة وتكون الأعراض في البداية عبارة عن اهتزازات حركية مصحوبة بخجل وسرعة الاستفزاز ثم التدهور العقلي. هذا وتوجد لدى كثير من المرضى نزعة للانتحار والإصابة بالجنون.

القلق

يذكر (عبدالغفار، ١٩٨١) بأن مفهوم القلق قد شاع استخدامه منذ فترة طويلة واستخدمه كثيرون ممن كتبوا في علم النفس ومجالاته المختلفة رغم الاختلافات في أطرهم النظرية فاستخدمه السلوكيون في كتاباتهم واستخدمه الفرويديون كما استخدمه من يتخذون المنحى الوجودي في نظرتهم إلى الإنسان، وقد يكون هناك اتفاق بين المتحدثين في الصحة النفسية حول معنى القلق ومظاهره، غير أن الخلاف بين هؤلاء المتحدثين يشتد ويتسع عندما يناقش القلق من حيث مصدره ومسبباته.

أما إذا نظر للقلق من وجهة نظر علم النفس المرضي فإنه يعتبر مفهوماً أساسياً وذلك لأنه يعد أحد الأعراض الأساسية في الاضطرابات العصابية.

ويعرِّف (الأشول، ١٩٨٧) القلق في موسوعة التربية الخاصة بأنه عبارة عن تأثير وضيق انفعالي يصاحب بإحساس بالتهديد ويرجع إلى أسباب غير معروفة للفرد، أما إذا كان المصدر معروفاً فإن الحالة توصف بالخوف المرضي.

أما عن القلق عند كبار السن، فإنه يعد من الأمراض الشائعة لديهم، وقد أثبتت بعض الأبحاث أن حوالي ١٠٪ من كبار السن لديهم بعض من أشكال اضطرابات القلق فمنهم من يخاف من المناطق المفتوحة ومنهم من يخاف من ترك منزله، ومنهم من يخاف من الفشل أو السقوط كما يوجد لديهم خوف من الموت وخوف من المواقف الاجتماعية ويصاحبه العديد من الأعراض مثل الغضب، الأرق، التعب، الإجهاد، الإرهاق، كما توجد أعراض أخرى مثل تصبب العرق واضطراب الفزع أو الخوف وسرعة التنفس والشعور بفقدان الاتزان. ((Stuart-Hamiltion,2000.

ويذكر (عبدالمعطي ؛ ومحمود، ١٩٨٨) إلى أنه يمكن القول بأن القلق سمة مميزة لمرحلة الشيخوخة وبخاصة القلق تجاه مواقف الحياة فهو من أكثر الانفعالات شيوعاً في هذه المرحلة إذ أن إدراك الفرد لموقفه على مدى الحياة هو أحد العوامل السيكولوجية الهامة في هذه المرحلة ففي نهاية الخمسينات وبداية الستينات يصبح الأفراد مشغولي البال بكم من العمر يمكن أن يعيشوا وما إذا كانوا سوف يصابون بمرض خطير وما الذي سوف يفعلونه في وقت فراغهم بعد التقاعد وما الذي سيواجهونه عند وفاة أزواجهم.

وتذكر (عباس، ١٩٩٥) بأن القلق ينتاب كبار السن كنتيجة للتغيرات الفسيولوجية التي تحدث لهم في هذه المرحلة كظهور بعض الأمراض أو ضعف في بعض القدرات وكذلك التغيرات الاجتماعية التي

يمر بها المسن مثل الإحالة للتقاعد عن العمل والعزلة التي يشعر بها بسبب زواج الأبناء واستقلالهم بحياتهم أو وفاة أحد الزوجين، وقلق الموت، فهو يخاف أن يموت دون أن يشعر به أحد.

كما أجرى بيكمان وآخرون (Beekman, et al. 2000) دراسة توصلوا فيها إلى أن القلق لدى كبار السن يصاحبه أعراض اكتئابية والعكس، وبأن هناك نسبة عالية من الذين يعانون من أعراض اكتئابية شديدة بلغت ٤٧,٥٪ كانوا يعانون أيضاً من اضطرابات القلق، بينما وجد أن ٢٦٪ من الذين يعانون من اضطرابات قلق كان لديهم أعراض اكتئابية شديدة.

فإذا كان المسنون يعانون من القلق فإنهم يعانون أيضاً من أعراض الاكتئاب وذلك نتيجة لفقدهم أدوارهم الاجتماعية ومرورهم بالعديد من التغيرات البيولوجية.

مرض (اضطراب) الزهيمر

يعتبر مرض الزهيمر من أخطر الاضطرابات العقلية التي تواجه كبار السن في الحياة المتأخرة، فقد أثبتت الإحصائيات أن ٢٩٪ من الأفراد الذين يبلغ عمرهم ٩٠ سنة فأكثر ربما يصابون بهذا المرض، ويرى فريق من العلماء أن العوامل البيئية والوراثية تعمل كعناصر مهمة في تطور وتقدم هذا المرض وبذلك يعني أنه من غير المحتمل أن مرض الزهيمر يكون نتيجة سبب رئيسي واحد بينما تلعب العوامل الوراثية خاصة تاريخ المرض في الأسرة دوراً هاماً في نشأة المرض، وفي نفس الوقت نجد أن العوامل البيئية مثل الكيمياويات التي تؤثر على الجهاز العصبي وإدمان

الكحوليات والتدخين تكون سبباً في تطور حالات العته أو الجنون. (Smyer , 1997).

ويتسم مرض الزهيمر بفقدان القدرة على تذكر الأحداث الجديدة ففي البداية يكون الشخص قادراً على تذكر بعض الأحداث القديمة ولكن مع تقدم المرض يفقد المريض كل ذكرياته ويصبح غير قادر على تذكر أفراد أسرته، وتظهر بعض المشكلات الأخرى التي تصاحب فقدان الذاكرة فغالباً ما يعاق الكلام وبالتدريج تظهر صعوبات في القراءة والكتابة وأداء الحركات الصعبة، وفي المراحل المتأخرة يكون المريض غير قادر على أداء متطلبات حياته مثل الأكل واللبس وخدمة نفسه ويموت معظم المرضى في غضون فترة تتراوح بين ٥ -١٥ سنة من بداية الإصابة. (Rhoades & Pflanzer, 1996).

يصفه (عاشور، ٢٠٠٣) بأنه اضطراب عقلي يظهر بشكل أساسي في مرحلة كبر السن، وتزداد احتمالات الإصابة به بعد سن ٨٥، ويصيب النساء أكثر من الرجال، ويموت من يصاب من الرجال بسرعة أكثر من النساء. وفيه يتكون ضمور دماغي في الفص الجبهي والصدغي والجداري للمخ.

ويشير (زكي، ٢٠٠١) إلى أن الزهيمر اضطراب عقلي يفصل الإنسان عن الواقع، ويجعله غير مسئول عن أفعاله وكان يعرف بذهان الشيخوخة Senile dementia أو ذهان ما قبل الشيخوخة Presnil dementia ثم سمي باسم مكتشف أسبابه وهو لويس الزهيمر سنة ١٩٠٥م.

ويشير بيرج (Berg , 2001) إلى أن اضطراب الزهيمر يعتبر من الذهانات العضوية الناتجة عن نقص تدفق الدم إلى مخ كبير السن، فيحدث تلفيات في خلاياه، وتموت ولا تستبدل وتختل وظائف قشرة المخ.

وفي دراسة ميرسل (Marcell , 2001) ذكر فيها أن عدد حالات الزهيمر في أمريكا بلغت أربعة ملايين حالة عام ٢٠٠٠م، وتوقع أن يصل عدد الحالات إلى ١٤ مليون حالة عام ٢٠٥٠م.

ويشير (عاشور، ٢٠٠٣) إلى أن عدد حالات الزهيمر في المجتمعات العربية والإسلامية قد تزيد في النصف الأول من القرن الحادي والعشرين بسبب ظاهرة التشيخ السكاني.

ويذكر جويزر (Gwyther, 1985) بأنه لا يوجد حتى الآن علاج يشفي من مرض الزهيمر، ولكن تستخدم بعض العقاقير التي تخفف من الحالة، وتحسن من عادات كبير السن في النوم والمشي والتغذية والنظافة، وقد يمتد العمر بمريض الزهيمر إلى أكثر من عشرين سنة، وهو صحيح الجسم، ولكنه ذو سلوكيات شاذة مزعجة، تجعله عبئاً ثقيلاً على من يرعاه.

النظريات المفسرة لمشكلات كبار السن

تهتم الدراسات التي أجريت على كبار السن بالتعرف على الخصائص البيولوجية والفسيولوجية والاجتماعية والنفسية لشخصية المسن ومعرفة ما طرأ على تلك الخصائص من تغيرات أو اضمحلال كنتيجة للتقدم في العمر وذلك من اجل إيجاد الطرق العلمية لمساعدتهم حتى يمروا بتلك المرحلة بسلام نفسي واجتماعي بغية الوصول إلى السبيل الأمثل للشيخوخة الناجحة وهناك مجموعة من النظريات حاولت تفسير الشيخوخة بكل جوانبها الايجابية والسلبية منها ما هو قديم ومنها ما هو حديث ومنها ما هو متطور مبني على أفكار قديمة وفيما يلي عرض مجموعة من النظريات التي اهتمت بدراسة وتفسير وتحليل مرحلة الشيخوخة وهي:

(١) نظرية فك الارتباط Disengagement

التي قدمها كل من كانتج وهنري وتفترض أن مرحلة الشيخوخة تتضمن الانسحاب من السياق الاجتماعي مع تناقص الأنشطة كنتيجة لنقص عمليات التفاعل بين المسن والآخرين من أفراد المجتمع ووفقاً لهذه

النظرية فأن مرحلة الشيخوخة تصاحبها مجموعة من التغيرات مثل: انخفاض معدل تفاعل وفاعلية الفرد كلما تقدم في العمر وظهور تغيرات كمية وكيفية في أساليب وأنماط التفاعل بين المسن والآخرين و حدوث تغيرات شخصية داخل المسن حيث يتغير من الاهتمام بالآخرين إلى الاهتمام بالذات (قناوي، ١٩٨٧، ص: ١٠ -٩) (عبد اللطيف، ١٩٩٧، ص:٣٥) بتحقيقها في عمله وأن ينمي اهتمامات جديدة ويواصل نشاطاته بما يحافظ على توازنه المعنوي وترى نظرية النشاط آن الرضا لدى كبار السن يتوقف على اندماج الفرد في المجتمع وقيامه ببعض الأنشطة وهذا عكس نظرية فك الارتباط التي ترى أن الانسحاب هو الأسلوب الأمثل وما يؤخذ على نظرية النشاط أنها لا تلائم إلا نسبة قليلة من المتقاعدين عن العمل وتفسيرها لما يعانيه المسن في الشيخوخة غير متكامل (خليفة، ١٩٩٧، ص: ٣٦) و (قناوى، ١٩٨٧، ص:١٠).

(٢) نظرية النشاط Activity theory

ويرى فريدمان وهافيجرست وميلر مؤسسى هذه النظرية أن التوافق بشكل فعال مع فقدان العمل أو الوظيفة يتطلب من الفرد المسن أن يجد بديلاً لتلك الأهداف التي كان يقوم في علاقاتهم بالشباب يمكن تفسيرها في ضوء ذلك ويرى الباحث إن هذه النظرية لا تناسب كبار السن في المجتمعات المسلمة حيث أشار القرآن الكريم في أكثر من موضع إلى التوصية ببر الوالدين وصدق على هذا الحديث النبوي (بروا أبائكم تبروكم أبنائكم) وهذا هو منطق المجتمع المسلم في التعامل مع كبار السن (قناوي، ١٩٨٧).

(٣) النظرية التبادلية

وتعني الفكرة الرئيسية لهذه النظرية إلى الأخذ والعطاء بمعنى الحصول على شيء يعني الالتزام برد شيء ذا قيمة مماثلة ويرى البعض إن هذا المبدأ هو الأساس الذي يقوم عليه المجتمع ومن هنا يمكن تفسير مركز كبار السن في المجتمع تفسير جزئياً أي يفتقر إلى القيمة التبادلية فهم لا يملكون شيئاً يقدمونه مقابل الرعاية والاهتمام وقاعدة التبادلية ليس لها أجل محدد بمعنى الالتزام حتى يتم الوفاء برد القيمة وفي العلاقات بين الأشخاص فإن كبار السن في علاقاتهم بالشباب يمكن تفسيرها في ضوء ذلك، ويرى الباحث أن هذه النظرية لا تناسب كبار السن في المجتمعات المسلمة حيث أشار القرآن الكريم في أكثر من موضع إلى التوجيه ببر الوالدين وصدق على هذا الحديث النبوي (بروا آبائكم تبركم أبنائكم) وهذا منطق المجتمع المسلم في التعامل مع كبار السن.(قناوي، ١٩٨٧).

(٤) نظرية الأزمة Crisis theory

وتركز هذه النظرية على الدور المهني للشخص داخل المجتمع فقيام المسن بعمل ما يعد من الأمور المهمة حيث يدعم هويته ويحسن علاقته مع الآخرين ويساعد على التوافق النفسي الاجتماعي ويرى مؤيدي هذه النظرية أن التقاعد يمثل أزمة للمسن خاصة لدى الأشخاص كبار السن الذين يعطون أهمية كبرى للعمل وآختلف الباحثين إبداء هذه النظرية فالبعض يرى إن فقدان الفرد المسن لعمله وإحالته للتقاعد يؤثر في نفسيته وفي علاقته بأسرته والمجتمع الذي يعيش فيه بينما يرى الآخرون إن الإحالة إلى التقاعد ليس العامل الأوحد في عدم رضا المسن عن نفسه بل

هناك عوامل أخرى مثل المستوى الاقتصادي والاجتماعي والحالة الصحية (عفيفي، ١٩٩٠، ص:٦٥) وَ (خليفة، ١٩٩٧، ص:٣٧).

(٥) نظرية الشخصية personality theory

ويرى مؤيدوا هذه النظرية إن التوافق لدى كبار السن يرتبط بسمات شخصية وان التغيرات المصاحبة للتقدم في العمر هي نتيجة للتفاعل بين التغيرات الاجتماعية الخارجية والبيولوجية الداخلية وطبقاً لهذه النظرية فإن الأشخاص ذوي الشخصيات المتكاملة يتميزون بالأداء المرتفع ولديهم درجة مرتفعة من القدرات المعرفية والانا الدفاعية والضبط الذاتي والمرونة والنضج والخبرة والتفتح بينما الأفراد ذوي الشخصيات غير المتكاملة لديهم إعاقات في وظائفهم النفسية مما يفقدهم القدرة على الضبط الذاتي ولديهم تدهور في قدراتهم بشكل عام (خليفة، ١٩٩٧، ص:٣٧ -٣٨)

(٦) نظرية التوافق Theory of adjustment

ويرى أتشلي أن عملية التوافق تقوم على عنصرين آساسيين هما:

(التسوية الداخلية — التفاوض والتفاهم بين الأشخاص) وتعني التسوية الداخلية إعادة النظر في معايير اتخاذ القرار أما التفاوض بين الأشخاص فيتم في مناقشة الأهداف والطموحات مع الآخرين الذي يتعامل معهم وفي ضوء هذين العنصرين يمكن آن يغير الفرد آهدافه حسب المرحلة العمرية التي يمر بها، وهذا يتطلب من المتقاعد آو المسن التكييف مع الأدوار الجديدة والفرد الذي يغير أهدافه وفقاً لسنه يشعر بالرضا والنجاح والتفاعل الايجابي مع الآخرين أما الذي لا يستطيع أن يغير أهدافه

وطموحاته فيرى أن التقاعد أمرا صعباً ويشعر بعدم الرضا مع تفاعل سلبي آو تدهور في العلاقات (خليفة، ١٩٩٧، ص: ٣٧ – ٤٠).

(٧) نموذج روى للتكييف The Row adaptation model

يعتمد على نظرية التكييف لهلسون Helson ونظرية الأنظمة العامة لـ فون Von ويعتبر روى الشخص نموذج تكيفي له عمليات تكيفية واصفاً الشخص ككل يتكون من آجزاء فالنظام ألتكييفي له مدخلان من مثيرات وله مستوى تكيف كما ان له مخرجات مثل الاستجابة السلوكية التي تعمل كتغذية راجعة وله عمليات تحكم تعرف باليات التكيف، وللنظام التكييفى مدخل تكيف يأتي من البيئة الخارجية بالإضافة إلى الشخص ذاته فمستوى التكيف للشخص يعمل كمدخل لذلك النظام التكيفى فمستوى التكيف لكل شخص يتغير باستمرار. وأستخدم Row مصطلح عملية التكيف ليصف عملية التحكم للشخص كنظام تكيفي، ومستوى التكيف الشخصي يتأثر بنمو الفرد كما يتأثر باستخدام آليات التكيف، والاستخدام الأقصى لأليات التكيف تزيد مستوى التكيف للفرد وتزيد مدى المثيرات التي يمكن للفرد أن يستجيب لها بطريقة إيجابية فملاحظة سلوك الشخص فيما يتعلق بأنماط التكيف يمكنه من التعرف على استجابات تكيفية فعالة وغير فعالة في مواقف الصحة أو المرض فسلامة الشخص يمكن معرفتها على أنها القدرة على البقاء في تحقيق أهداف النمو ويرى Row ان الصحة أو الشيخوخة الناجحة يمكن تنميتها عن طريق تسهيل استجابات التكيف(Flood, 2005, - 10 p: 9)

(٨) نظرية فولد للشيخوخة الناجحة

flood theory of successfut Aging

فنظرية الرعاية الناجحة للشيخوخة كان الاحتياج لها كثيراً فمن (١٧) نظرية رعاية معروفة قام بتحليلها (Wadensten &cCarlsson, 2003) لم يكن بأحدها وصف للشيخوخة فحقيقة غياب نظرية الرعاية التي تتعلق بالشيخوخة تعكس غياب التوجه العملي فيما يتعلق ما يمكن القيام به لرعاية كبار السن في الشيخوخة والتي يمكن تقديمها ومدى الحاجة إلى تنمية الرعاية بالاعتماد على نظريات محددة للشيخوخة وتعتمد نظرية Floodعلى تحليل ومراجعة عدد من النظريات التي اهتمت برعاية كبار السن وأحد هذه النظريات كان نموذج Row للتكيف فقد ذكر Row نظرية النمو لأر يكسون في عملها وتركز أن مشكلات طبية معينة يمكن أن تظهر مع تقدم العمر حيث قدم نموذج Row للتكيف مدخل لنظرية الشيخوخة الناجحة لـ Flood والتي تضمنت الأبعاد التي لا يمكن فصلها لكيان الإنسان البدني والعقلي والروحي والوجودي والتي تم تناولها بذاتية بواسطة الشخص المسن حيث يوجد معرفة كبيرة للكائنات البشرية في نظريات الشيخوخة الناجحة ومع ذلك فمعرفة الأنظمة الفرعية لم يكن فعال في تحديد خصائص الشخص ككل فمن خلال التنوع في إعادة الصياغة الأستنتاجية عملية تتضمن الاشتقاق من المعرفة الموجودة لنظرية لا تخص الرعاية وإعادة صياغة المعلومات من نموذج الإدراك Conceptual model(Reed,1991) فقد طورFlood نظريته للشيخوخة الناجحة معتمداً فيها على المعرفة الموجودة لمفاهيم الشيخوخة والنظريات غير المتخصصة بالرعاية ونظرية Tornstan الاجتماعية وحدد أبعادا لنظريتة هي:

١ -آليات الأداء Functional Performance : استخدام الشخص للوعي والاختيار كاستجابة تكيفية للتدهور الفسيولوجي والجسمي مع العجز الوظيفي المترتب على ما سبق كنتيجة للشيخوخة.

٢ -العوامل النفسية الداخلية (الاستيطانية) intrapsychic factors : السمات الفطرية والدائمة لشخصية الفرد والتي يمكن أن تفرز أو تعيق قدرة الفرد على التكيف مع التغير في نهاية العمر والقدرة على حل المشكلات.

٣ -الروحانية Spirituality وتعني الآراء الشخصية والسلوكيات التي تعبر عن الإحساس بالارتباط بشيء ما أكثر من الارتباط بالنفس، المشاعر، الأفكار، الخبرات، السلوكيات، التي تنشأ من البحث عن الكمال.

٤ -التحول الفكري Gerotranscendence ويعني التحول فيما وراء المنظور من منظور مادي وعقلاني إلى منظور ناضج و وجودي الذي يصحب مرحلة الشيخوخة ·(Flood,2005,p:10-12)

(٩) النظرية النفسية الاجتماعية لبريانت

Bryant psychosocial theory

حيث أقترح بريانت نظرية اجتماعية للشيخوخة الناجحة تعنى الصحة والقدرة على الحركة وعمل شيء له معنى أو فائدة وعرف الشيخوخة الصحية على أنها الحصول على مستوى من الصحة والتكيف مع تقدم العمر بطريقة مقبولة يرتضيها الفرد والرضا يتضمن الحياة الجسمية والسلامة المادية والعقلية والقدرة على التعايش مع الناس ومع الخصائص الداخلية للشخصية والاتجاه الإيجابي ووضع (Roee&khan,

(1998 بعض مكونات الشيخوخة الصحية والتي تتميز بأنها هرمية منها (غياب المرض – عدم وجود أعاقة – سهولة المحافظة على الوظائف العقلية والجسمية فالمحافظة على تلك الوظائف يساعد على المشاركة النشطة في الحياة فهذه المكونات الثلاث تمثل مفهوم الشيخوخة الصحية وأقترح (Crowther, etal,2001) إضافة مكون رابع وهو الروحانية الإيجابية لتفزيز تلك النظرية فالروحانية تعني البحث الشخصي لفهم إجابات لأسئلة كبري عن الحياة ومعناها والعلاقة بالكمال والتي ربما لا تؤدي إلى أو تنشأ من نمو الطقوس الدينية وتكوين المجتمع (Bryant,etal, 2001, in Flood,2005, p22) .

(١٠) نظرية الفعل المتسم بالعقلانية

the theory of reasoned action (T.R.A)

يعتمد (Jzen &Fishbein, 1980) في نظريتهما للفعل المتسم بالعقلانية على افتراضين أساسيين:

- أن المخلوقات البشرية عقلانية وتستفيد استفادة منظمة من المعلومات المتوفرة لها
- أن الناس يأخذون في الاعتبار أثار أفعالهم قبل قيامهم بسلوكيات مهنية فنظرية الفعل العقلاني تشير إلى أن السلوك تحكمه النية والتي هي عبارة عن مركب عن اتجاه الشخص للقيام بالعمل أم لا وينتج عن ذلك نتيجة إيجابية أو سلبية ودافعية الشخص آن يفي بمتطلبات الآخرين:(Zakari, 2005, p: 5) & (Honaker, 2006,p:95).

(١١) نظرية اريكسون للمراحل النفس اجتماعية للحياة من منظور نمائي Review of the literatvre

فنظرية أريكسون عن المراحل النفس اجتماعية للحياة تطورت في بداية الستينات ويستمر قبولها كنظريه مقبولة جدا لنمو الأفراد من جميع المراحل وطبقا لهذه النظرية توجد ثمان مراحل نمائيه للحياة لابد إن يجيد كل فرد أولا هذه المراحل قبل أن يتقدم به السن فالمراحل الثمانية هي:

١) بداية الطفولة يحب الطفل الثقة مقابل عدم الثقة.
٢) الطفل الرضيع: يجيد الطفل الذاتية مقابل الخزي (الحياء).
٣) الطفولة المبكرة: يجيد الطفل ألمبادئه مقابل الذم.
٤) الطفولة المتوسطة: يجيد الطفل الجسد مقابل الدونية.
٥) المراهقة: يجيد الشاب الهوية مقابل اللاهوية(ذوبان الشخصية).
٦) الرشد: يجيد الراشد العلاقات الوديه مقابل العزلة.
٧) في منتصف العمر يجيد الراشد العمومية مقابل الخصوصية.
٨) في الشيخوخة: يجيد المسن السلامة الذاتية مقابل اليأس.

ويوضح أريكسون هذه المهام الثمانية كمراحل تشتق من العمليات النفس تحليله وأن تحقيق السلامة الذاتية(الأنا) انعكاس لعملية النضج التي يمر بها الأشخاص بم فيها من انتصارات وأحباطات ويتعلمون من الخبرات الحياتية الجيدة والسيئة، ويرى أريكسون أن عوامل أحداث التوازن في مرحلة النمو في الشيخوخة تتضمن السلامة الذاتية مقابل اليأس وأن عملية أحداث التوازن تتطلب عملية تقييم ذلك باستمرار ونمو الوعي بالذات المضطرب لمكانة الشخص بأسرته والأنظمة الاجتماعية في المجتمع. فالتقويم الشامل يتضمن فحص المنظور التاريخي الشخصي مع مناقشة كل من النواحي الايجابية للحياة والصراعات التي تهم الشخص

المسن بالإضافة إلى تقيم ترتيبات الحياة والضمان المالي والصحي و الذاتي والطاقة والإفراط في الحساسية والتفاعلات الاجتماعية ،ففي تحليل المنظور التاريخي الشخصي والقضايا يجب إن تقيم في ضوء آحداث الحياة في أواخر العمر ، ويرى أريكسون أن الفرد هو مجموع كل الأنشطة الإيجابية والسلبية التي حدثت طوال الحياة وأن هذه الأنشطة لها آثر على فكرة أريكسون لليأس المتأصلة في كبر السن ويرى آن كبار السن يجب أن يجيدوا مهام الحياة التي تساعدهم في التغلب على مشاعر اليأس فإذا لم يحل كبار السن المسائل المرتبطة باليأس فمن المتوقع آن يصبحوا مكتئبين غير سعداء ويتلفظون للمشاعر عن آحداث حياتهم ويعبرون عن خوفهم المرتبط بتقدم السن فإذا حلت هذه الأزمات التي تآتي في آخر العمر ويتغلب المسن على تحديات الحياة حتى يحقق السلامة الذاتية فإن هذا يحدد أو يميز النمو المرضي والكامل للأفراد ويرى آريكسون أن كبار السن الناضجين لهم خصائص تميز إحساسهم الإيجابي نحو ذاتهم ومجتمعاتهم ومنها المرونة – النضج الشخصي – الإحساس بالاستمرار داخل الشخص والمجتمع – الحساسية إلى المنبهات العاطفية داخل الفرد والمجتمع – التفاؤل – القدرة على التكيف – الجرأة – شعور الفرد بذاتيته وكيانه الاجتماعي – تحمل المسؤولية – الرضا العام عن الحياة .(Renn,2004,. P:10 -12)

(١٢) نظرية الشيخوخة من منظور إسلامي

يرى (مرسى،٢٠٠٦) أن هناك ثمة فروق جوهرية لا يمكن تجاهلها بين النظرة المادية الحسية المجردة لكبار السن، وبين نظرة أهل الإسلام المتبصرة لهذه المرحلة. فيقول الإمام الغزالي – رحمه الله – في: " باب

التفكر " من كتابه المتفرد " إحياء علوم الدين "، شارحاً أسباب طول الأمل وعلاجه:

" طول الأمل له سببان، أحدهما: الجهل، والآخر: حب الدنيا. أما حب الدنيا: فهو أنه إذا أنس بها وبشهواتها ولذاتها وعلائقها تظل على قلبه مفارقتها فامتنع قلبه من الفكر في الموت الذي هو سبب مفارقتها.. فإن خطر له في بعض الأحوال أمر الموت والحاجة إلى الاستعداد له وقال: الأيام بين يديك إلى أن تكبر ثم تتوب، وإذا كبر فيقول: إلى أن تصير شيخاً. فإذا صار شيخاً قال: إلى أن تفرغ من بناء هذه الدار.. إلى أن تختطفه المنية في وقت لا يحتسبه، فتطول عند ذلك حسرته..

وأما الجهل فهو أن الإنسان قد يعول على شبابه فيستبعد قرب الموت مع الشباب.. ولو تفكر هذا الغافل وعلم أن الموت ليس له وقت مخصوص من شباب وشيب وكهولة ومن ليل ونهار لعظم استشعاره واشتغل بالاستعداد له " وإن البحث في أسباب المرض والتداوى لا ينافي مبدأ التوكل لقوله صلى الله عليه وسلم: " ما أنزل الله داء إلا وأنزل له شفاء ". ولكن فمهما ارتقت العوم الطبية فلم تبلغ بالإنسان لوضع واكتشاف دواء للهرم، ولن يصل أصحاب نظريات تفسير الشيخوخة، مهما أعيوا أنفسهم بتطوير مناهجهم لاحتواء مشكلاتها بالكامل. جاء الأعراب إلى رسول الله صلى الله عليه وسلم فقالوا: يا رسول الله أنتداوى ؟ فقال: " تداووا فإن الله عز وجل لم يضع داء إلا وضع له دواء، غير داء واحد: الهرم ".

وليست العبرة في الوقوف على الأسباب الحقيقية للهرم، بل هي في العمل لما بعد الموت والتعمير لدار البقاء قبل التعمير لدار الرحيل والفناء.

و فيما يتعلق بالتطورات الحديثة لآليات البحث العلمي عن أسباب الشيخوخة، فقد تمكن عالم الهندسة الجينية براون ((G. B. brown من

إثبات أهمية المورث الجيني (B21 a0) في تحديد أسس دخول وشدة مرحلة الشيخوخة، وتنظيم العدد المحدد من انقسامات الخلايا غير الجنسية.

ولكن المشكلة التي حيرت فريق البحث العلمي ووصفها براون " بمشكلة اللامعقول " (the irrational difficulty) هي أن معظم الخلايا يموت بعد عدد محدود من الانقسامات لأسباب لا يمكن التحكم فيها معملياً.

فقال رسول الله صلى الله عليه وسلم: " لا تزول قدما ابن آدم يوم القيامة من عند ربه حتى يسأل عن خمس: عن عمره فيما أفناه، وعن شبابه فيم أبلاه، وعن ماله من أين اكتسبه، وفيم أنفقه. وماذا عمل فيما علم ".

ولما كانت أقدام الناس لن تبرح موقف يوم القيامة العسير حتى يتم السؤال عن نعم الصحة والقوة والعلم، فقد وجب أن نشير إلى بعض الأبحاث الطبية الحديثة التي تربط بين أسباب الشيخوخة المبكرة، وتعاطي بعض ضعاف النفوس الكحول والمخدرات وغيرها من الخبائث في فترة شبابهم. وحديثاً فقد أثبت موريتا (Morita) أن أضرار التدخين تمتد لتشمل التسبب في الشيخوخة المبكرة للبشرة. ويرى أن هذه النتيجة تنسجم مع عرقلة التدخين لآليات تجديد الخلايا الجلدية وتحطيمه للكولاجينات (Collagines) التي تحافظ على نضارة البشرة.

وعلى الرغم من كثرة النظريات العلمية المتعلقة بتفسيرات الشيخوخة، إلا أن الإطار التربوي – بشكل عام – والتراثي الإسلامي – بشكل خاص – لهذه المرحلة ما يزال في حاجة للمزيد من الدراسات الفكرية الناضجة التي قد تسهم في سبر الكثير من الأغوار المجهولة، وفي جسر العديد من الهوات المكشوفة. فيقول (عبدالعال، ١٩٩٣) في دراسته عن: التربية والشيخوخة: دراسة للأبعاد التربوية لظاهرة الشيخوخة في

فكر الإمام ابن الجوزي:" قليلة هي الدراسات التي توجهت نحو مرحلة الشيخوخة للوقوف على خصائصها ومتطلباتها في دراستنا التربوية المحدثة، وأقل منها وأندر تلك التي حاولت سبر أغوار تراثنا الإسلامي بحثاً عن أبعاد هذه المرحلة.. وكأن الخوف من ليل الشيخوخة البارد، وما تنذر به هذه المرحلة من انحدار وضعف وقصور وعجز، قد دفع الباحثين إلى تناسيها ".

وبعد هذه المقدمة الواضحة، فقد تناول عبدالعال رؤية الإمام أبو الفرج بن الجوزي للأبعاد التربوية لظاهرة الشيخوخة مبيناً خصائص تكوينها الجسمي والعقلي والاجتماعي.

ولأنه قد سبق أن بينا في نظرية إريكسون النفس – اجتماعية، فيحسن بنا أن نحاول إبراز بعض الخصائص النمائية الاجتماعية التي تناولها ابن الجوزي، حتى يتسنى للقارئ الكريم تصور مدى وسع الهواة بين الفكر التأملي لبعض أهل الإسلام، والفكر المادي المجرد الذي قد يسعى غيرهم للترويج له.

يقول ابن الجوزي مصوراً المشاعر والأحاسيس التي يجب أن تنتاب الشيخ المسن العاقل: " إني لأعجب من عاقل يرى استيلاء الموت على أقرانه وجيرانه كيف يطيب عيشه، خصوصاً إذا علت سِنه. واعجباً لمن يرى الأفاعي تدب إليه، وهو لا ينزعج، أما يرى الشيخ دبيب الموت في أعضائه قد أخرج سكين القوى، وأنزل متغشرم الضعف، وقلب السواد بياضاً، ثم في كل يوم يزداد الناقص ! ".

وإذا كان إريكسون قد حاول أن يبرز السلبيات، وأن لا يقصر وصفه على المظاهر النمائية الاجتماعية المتعلقة بمرحلة الشيخوخة، فقد

مضى ابن الجوزي بعمق أكبر وواقعية مجردة ليصف بعض السلوكيات الاجتماعية الخاطئة في هذه المرحلة. يقول عبدالعال:

" فكما تنتاب بعض الشيوخ كبار السن نزعة الفرار إلى الله، والالتجاء إليه والانغماس في أعمال الطاعة والعبادة، ففي منهم من يسيء التصرف في المواقف الاجتماعية المختلفة، وربما كان ذلك بتأثير ما يصيبهم من الضعف العام، الذي يفقد الشيخ المسن كثيراً من توازنه العقلي والشخصي، فيأتي بسلوكيات لا تناسب سنه، ويقدم على تصرفات تخالف الدين والأعراف الاجتماعية ".

ولا يكتفي عبدا لعال بالإشارة إلى الأمثلة الواضحة التي ساقها ابن الجوزي للتدليل على سوء السلوك الاجتماعي وسوء استغلال الوقت لدى بعض كبار السن، ولكنه يتخطى الأمثلة المجردة لمحاولة إثبات أن ابن الجوزي قد سبق العلماء النفسانين المعاصرين في تحديد الأعراض العامة لبعض الأمراض النفسية. وليس على سبيل الحصر: فيرى عبدالعال أن الأمثلة التي قد تسيطر على بعض كبار السن تقترب من أعراض المرض النفسي البارانويا (paranoia) و يعلل ابن الجوزي ميل الشيوخ كبار السن إلى الوحدة واعتزال الحياة والناس، بما قد يصيبهم أحياناً من اعتقادات خاطئة تسيطر عليهم، كأن يعتقد الشيخ المسن ان الناس من حوله أعداء يتربصون به، ويدبرون له كل مكروه، فيشك فيمن حوله جميعاً ويأخذ في الحذر منهم... وما ذكره ابن الجوزي يقترب من أعراض المرض النفسي (البارانويا) الذي يصيب الكهول والشيوخ، ويتميز المرض النفسي بالهذاء، وهو لدى كبار السن يمتاز بزيادة الآراء الخاطئة وسيطرتها على التفكير، وأنها لا تقبل الجدل، وتتسم بالثبات والتمركز ".

وأخيراً فإن نظرة فاحصة لطبيعة المشكلات الاجتماعية الحقيقية التي قد يعاني منها المسنون في بعض دول العالم قد تعطي مؤشرات واضحة لحجم المأساة النفسية والاجتماعية لهؤلاء الذين أعطوا بسخاء في ربيع عمرهم، لينبذوا عند وصولهم لأرذله. وتظهر الدراسات الحديثة أن الديناميات السكانية في دول الاتحاد الأوربي في الفترة بين ١٩٩٥ -٢٠٢٠ تظهران نسبة النمو السكاني لكبار السن ستستمر في الارتفاع وبخاصة في فرنسا وبريطانيا وهولندا. وتتوقع الدراسة أن تشهد السنوات القادمة انخفاض نسبي في معدلات الرعاية الصحية في هذه الدول المتقدمة، مع ارتفاع ملحوظ في مستويات المشكلات الاجتماعية التي يعاني منها المسنون، وبخاصة فيما يتعلق بمشكلة الحرمان (الرفض الاجتماعي) (Social Rejection). وبالمقارنة بالمخطط العالمي العام لنمو الشيخوخة، فإن دولاً فقيرة مثل بنغلاديش والسودان قد تصل فيها معدلات الزيادة إلى ٢٢٨٪ دون أن تعني مثل هذه النسبة المرتفعة بالضرورة زيادة حجم المعاناة الاجتماعية. وهذا إن دل فإنما يدل على ذات النتيجة التي قد وصلنا إليها عند تأملنا في مشكلات المراهقة في المجتمعات الغربية والإسلامية: وهي أن تماسك الواقع الإسلامي الاجتماعي يصب إيجاباً لمصلحة جميع الفئات والقطاعات المجتمعية (مرسى، ٢٠٠٦، ص: ١٧٩ -١٨٥).

أنماط التوافق الجيد لكبار السن

وانتهى ريتشارد وآخرون وفقا لنموذج برونزويك إلى ثلاثة أنماط للتوافق الجيد ونمطان لسوء التوافق، وهم:

١- النمط الناضج Mature:

ويشمل الأفراد الذين يتميزون بالواقعية والمرونة واليسر في التعامل مع الذات والآخرين ويتسمون بكونهم أكثر الأفراد تحقيقاً لما يسمى بالشيخوخة الناجحة.

٢- نمط الكرسي الهزاز Rocking _ chair:

ويشمل أولئك الذين يعتمدون على غيرهم (شريك العمر _ الأبناء) ويتسم الشخص المعين عادة بسمة السيطرة في علاقته بالشخص المسن ويستمتع المسنون أصحاب هذا النمط بهذه العلاقة الاعتماديه.

٣- النمط المسلح Armored:

ويشمل الذين تسيطر عليهم حيلهم الدفاعية ضد القلق؛ ويظلون قادرين على ممارسه نشاطهم على النمو المعتاد في المجتمع وفي العلاقات الاجتماعية لأسباب دفاعيه في جوهرها ؛ وإنهم يشغلون أنفسهم كثير في التفكير في أنفسهم وفي تقدمهم في السن؛ وطالما هؤلاء قادرين على الاستمرار في نشاطهم وإيجابيتهم فهم يستطيعون التوافق مع سنوات الشيخوخة.

أما النمطان الأساسيين لسوء التوافق فهما :

١- النمط الغاضب Angry:

وهم الذين يظهرون المرارة والعداوة ويلومون الآخرين على متاعبهم ومصاعبهم ويوجهون عدوانهم في الأغلب نحو من هم أصغر سنا.

٢- النمط الكاره للذات self-hater:

وهو الذي يوجه العداوة نحو نفسه فيشعر بعدم الكفاية ويفقد الشعور بقيمته مما يؤدي إلى الاكتئاب ويترك هؤلاء أنفسهم ضحية للظروف السيئة التي تعرضوا لها ،ويندمون على ما فاتهم وإسرافهم على أنفسهم في الماضي وقد يطلبون الموت تحررا من شعور حاد بالقنوط (حسن عبد العطى، ٢٠٠٥ ،ص١٣٠: -١٣٢٠).

وتوصلت دراسة نيوجرتن وآخرون (Neugarten,etal,1977,p:214-225) و (عبدا لمعطي، ٢٠٠٥ ،ص:١٣٤ -١٣٦) إلى أربعة أنماط شخصيه لتوافق كبار السن عبر مراحل الحياة وهي:

١ -النمط المتكامل: وهو اقرب للنمط الناضج السابق فأصحابه يقررون لأنفسهم أنماط نشاطهم وطريقتهم في التوافق، ولديهم نمط شخصية سوي يمكنهم من إعادة تنظيم أنماط سلوكهم حسب ضرورات المواقف المتغيرة ويمكن تقسيم هذا النمط إلى ثلاثة أنماط فرعيه هي:

أ) **نمط إعادة التنظيم:** وهم المسنون ذو الدرجة العالية من التوافق مع الحضارة الحديثة فهم يعيدون تنظيم حياتهم مع التقدم في السن بحثا عن أنشطة وادوار جديدة تحل محل القديم والمفقود منها

ب) **النمط المتبأور Focused:** وهم الذين يحددون نطاق نشاطهم في آلأنشطه التي يستمتعون بها في طور معين فقط.

جـ) **نمط التحرر من الالتزام:** وهم الذين يحققون المواصفات التي تتوافر لدى أولئك الذين لديهم اهتمام بالعالم المحيط بهم وهم على درجة من القدرة على توجيه الذات ولديهم تقدير عالي لأنفسهم.

٢ -**النمط المسلح أو الدفاعي**: وأصحاب هذا النمط لديهم قدرة كبيرة على التحكم في دوافعهم سعيا لبناء نظام دفاعي قوي ضد قلق الشيخوخة، ويوجههم دافع الإنجاز، ولديهم شعور قوي بالرضا عن حياتهم، ولذلك يظلون على درجة كبيرة من النشاط منكرين أنهم يتقدمون في السن ويوجد نمطان فرعيين لتلك الفئة:

أ) **النمط الباسط**: وهم الذين يواصلون أنشطة طور منتصف العمر، فلا تتغير نظرتهم إلى الحياة أو طبيعة الأعمال التي يقومون بها أو ملابسهم أو طعامهم وغير ذلك من المظاهر التي تدل على انهم اصغر سنا، وهؤلاء يدركون التقدم في السن على انه تهديد للذات.

ب) **النمط القابض**: وهؤلاء أكثر من النمط السابق شعورا بقلق الشيخوخة، ويعانون من مشاعر الخوف من تصنيفهم في فئة كبار السن، ولهذا فهم يركزون طاقاتهم على أنهم اصغر سنا.

٣ - **النمط الأعتمادي السلبي**: وهذا النمط لا يتطابق مع نمط الكرسي الهزاز السابق ولكن يمكن تقسيمه الى نمطين هما:

أ) **نمط البحث عن المساعدة**: ويطابق الكرسي الهزاز وفيه يعتمد المسن على الآخرين ويكون مستوى نشاطه بدرجة متوسطه طالما أن هناك فرد يوجهه ويساعده.

ب) **نمط التبلد Apathetic**: ويشمل الذين يعتمدون كلية على الآخرين للقيام بأي مهمة وهم سلبيون تماما وأدوارهم قليلة للغاية .

٤ - **النمط غير المتكامل أو المضطرب**: وهؤلاء يعانون من نقص شديد في نشاطهم النفسي فتختل وظائفهم العقلية المعرفية كم تضطرب وظائف الأنا لديهم ومعظمهم يعيش على هامش الحياة الاجتماعية ويعد

ذلك من أسوء صور التوافق مع الشيخوخة وتكون درجة رضاهم عن حياتهم منخفضة.

أنظمة الدعم الشخصي لكبار السن

بالرغم من الأهمية المتزايدة لأنظمة الدعم الأسري لكبار السن، فقد أوجدت التغيرات الحضارية محددات جديدة على الأسرة في رعاية القريب المسن، فقد قلل التغير الديموجرافي عدد الأقارب الذي يمكن أن يلجأ إليهم كبير السن عند طلب المساعدة، وعلى وجه الخصوص زيادة عدد ساعات العمل خارج البيت، التي أدت إلى زيادة الالتزامات التي تتنافس مع الواجبات ناحية الإباء كبار السن، فالتحولات الاقتصادية قللت قدرة الإباء على تأمين المعيشة بواسطة أولادهم.

بعض مبادئ الأنظمة في آخر مرحلة الرشد والشيخوخة

(١) الشخص كبير السن مثل باقي الأشخاص هو نظام تحكم ذاتي: الحقيقة الرئيسية للشيخوخة هي إنها تقلل تدريجياً المستوى والنطاق من سلوك التحكم الذاتي والتوظيف الفسيولوجي.

(٢) مظاهر الشيخوخة تتمثل في إنها بيئية و ثقافية وفردية(سلوكية _ فسيولوجية):ليس فقط للأشخاص حول الفرد المسن ولكن أيضاً تركيبة المجتمع الإنساني تفرض قيود مثل التقاعد - انعدام فرص الحصول على وظيفة والتعليم...إلخ، وهذه القيود ممكن أن تؤدي إلى كثير من الأعراض مثل: اليأس ونقص الدافعية وعدم القدرة على التكيف.

(٣) ربما يؤدي التقاعد إلى تغيير قدرة المسن على القيام بدورة في حياته الأسرية والمجتمعية وفي النشاط الحضري.

(٤) أن فكرة الشيخوخة هي ببساطة حالة تدهور للوجود الإنساني تتمثل في كونها مفهوم خطأ ومهين: فبالنسبة للشخص السليم تكون الشيخوخة مرحلة من مراحل النمو في حياة الإنسان، فالمسن لا يتعلم فقط و ينمو بل أن هذا التعلم والنمو حتميان وينتجان عن التوافق الإيجابي.

(٥) عملية الشيخوخة هي عملية متعددة الأوجه: هذه العملية تعتمد على التنظيم العام للسلوك والوظائف الفسيولوجية للفرد، فهي وجهة نظر بيولوجية بمعنى أن الشيخوخة بالدرجة الأولى نتيجة للتدهور الخلوي أو تدهور الجينات الو راثية.

(٦) الشيخوخة لا تحدث في الخلايا والأعضاء والآليات الفسيولوجية بالاستقلال عن التوافق السلوكي فخلال عملية النمو للسلوك العضلي في صورة النشاط المهاري نتحكم في العمليات الفسيولوجية المرتبطة بالصحة مثل: تبادل الطاقة الكيميائية في الخلايا.

(٧) أن النمو المتزايد للراشد في المهارات الاجتماعية والحركية و السلوكية في مناحي الحياة المختلفة –الأسرة – المجتمع – العمل تكون الإعداد الأساسي للشيخوخة الناجحة.

(٨) إجراءات السلوك الوقائية للحفاظ على مستويات إيجابية للصحة في الطفولة والمراهقة والرشد هي نفس الإجراءات السلوكية للحفاظ على المستويات الإيجابية للصحة والوقاية للدخول المبكر وأثار التدهور للشيخوخة والتقاعد، وهذه الإجراءات تتضمن:

أ) نمـو واسـتمرار النشـاط المهـاري المتـوع في العمـل والأشـكال الأخرى للتوافق.

ب) تمرينات الجسم الكلية.

جـ) تحقيق السيطرة على السلوك في المجال المهاري.

د) نمو الراشد المستمر أو المعرفة العملية أو التفاعلات الاجتماعية المؤسسية.

هـ) تحقيق مستوى هـام من الرضـا الوظيفي خـلال مرحلـة الرشـد والشيخوخة.

و) عادات طعام منتظمة ومعتدلة.

ز) نوم معتدل.

ر) تجنب التدخين الزائد عن الحد واستخدام الكحول والعقاقير.

ح) الحفاظ على العلاقات الاجتماعية المختلفة والمشاركة.

(٩) عمل صداقات وتنمية مجال واسع للمعرفة العملية للناس و المنظمات الاجتماعيـة وأيضـاً مهـارات التعامـل مـع النـاس والمنظمـات، يكـون إعداد حيوي للحفاظ على الموارد الفردية في مرحلة الشيخوخة.

(١٠) سوء فهم عـام هـو أن مظـاهر التـدهور للشيخوخة لا يتم تحديدهـا مسـبقاً فقـط بـل تظهـر نفسـها بالاسـتقلال عـن أي عمـل أو نيـة للشـخص المسـن. فعلـى العكـس أن الشـخص المسـن يمكـن أن يتصرف كشخص متحكم في ذاته و كيانه متكامل يتوافق مع التدهور الذي ينشأ في الشيخوخة.

عوامل الصحة النفسية الجيدة لكبار السن

إن دراسة حياة كبار السن والتركيز على عوامل الصحة النفسية الجيدة موضوع في غاية الأهمية لما ينتاب تلك المرحلة من عوامل ضعف ووهن والقليل منهم الذي يستطيع آن يعيش في حالة جيدة تتسم بالتفاؤل وحب الحياة والتفكير الإيجابي الذي يجعلهم يتكيفون مع الاضمحلال والتدهور الشخصي مثل فقدان الزوج أو الأبناء آو الوظيفة أو الأصدقاء.فقدرة المسن على التوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه في التمتع بحياة شبة خالية من الأزمات والاضطرابات والرضا عن الذات والتوازن الانفعالي ولذلك يجب على كل راشد أن يستعد للشيخوخة مبكرا حتى يزيد من فرص الاستمتاع بها حين يكبر،ولا نعني بذلك مجرد الاهتمام بالصحة في الصغر آو ادخار ما يكفي من الأموال لأن ذلك وحدة لا يكفي لتحقيق السعادة والاستمتاع في الشيخوخة فالبعض يرى بأن الصحة النفسية الجيدة و السوية تعني النجاح في المرور بخصائص المرحلة السابقة إلى خصائص المرحلة العمرية الراهنة، ويمكن عرض مجموعة من العوامل التي تساعد المسن على العيش بصحة نفسية واجتماعية جيدة وهي:

(١) المشاركة الاجتماعية والدعم الاجتماعي

يرى (مرسى، ٢٠٠٦، ص: ٩٧ – ٩٩) ضرورة مساعدة كبار السن نفسياً واجتماعياً في مواقف الحياة المختلفة، وتقديم الدعم المعنوي في السراء والضراء، حتى يشعر المسن بالنجاح والمثابرة والتحمل، والجد والاجتهاد للاستمتاع بالحياة وتتضمن آساليب المساندة الاجتماعية لكبار السن عشرة أساليب، خمسة منها تحت (أفعل) وخمسة آخرى تحت (لا تفعل) وهى كالتالي:

أفعل:

١ - الابتسام والبشاشة لهما في كل وقت.

٢ - الإحسان إليهما واضحاكهما وإدخال السرور عليهما.

٣ - التعاطف معهما في الشراء ومشاركتهما السعادة.

٤ - التعاطف معهما في الضراء ومشاركتهما الإخفاق.

٥ - الاعتراف بفضلهما والتعبير لهما عن الحب والوفاء.

لا تفعل:

١ - لا يتذمر منهما ولا يقل لهما آف.

٢ - لا ينهرهما مهما اختلف معهما في الرأي.

٣ - لا ينتقدهما مهما كانت أخطاؤهما.

٤ - لا يبكيهما ولا يغضبهما مهما كانت الأسباب.

٥ - لا ينقطع عن زيارتهما مهما غضب منهما.

وبعيدا عن العزلة فمشاركة الآخرين هي الوسيلة الوحيدة لتدريب قدراتنا العقلية والاحتفاظ بها في مواجهة ما قد يعيبها من تدهور مع كبر السن كما تعتبر وسيلة جيدة لتدعيم ثقتنا بأنفسنا. فيشير موسرى

(Macera,2005,p:5) إلى الارتباط بين الدعم الاجتماعي وطول العمر ويرى أن هناك أربع مصادر تربط بين طول العمر والتواصل الاجتماعي (التفاعل) هي الزواج، الاتصال بأصدقاء مقربين، الأقارب، العضوية في المؤسسات الدينية والجمعيات الأهلية ،ويرى كوكس (Cox,1993,p:1-6) أن هناك مجموعة من الدوافع لتقديم الدعم لكبار السن منها:

١ - قاعدة المعاملة بالمثل: أي شعور الناس بمسئولياتهم عند المعاملة بالمثل،وإقامة علاقات اجتماعية مع كبار السن.

٢ - الالتزام: أي سداد ديوان كبار السن، تقويه أواصر المحبة،وهذا يساعدهم على بقائهم أقوياء فترات أطول.

٣ - المسئولية: وخصوصا مع كبار السن الذين من لم ينجبوا وحاجاتهم إلى العطف والحنان،وأشارت دراسات كوبمان وآخرون (Koopman,etal,1998,pp:101-111)

إن الدعم الاجتماعي للمسنات اللواتي أصبن بسرطان الثدي كان له دور أساسي في تخفيف الألم والاضطرابات المزاجية.

(٢) ممارسة الهوايات

حيث تشغل الوقت باستمرار خصوصا عندما يوجد برنامج يومي في حياتك،فهذا هو البديل عن الفراغ القاتل والهوايات تشمل القراءة،الكتابة،ممارسة بعض الأنشطة البدنية وغير البدنية،تعلم شيء جديد، ممارسة أعمال خيرية وغيرها الأنشطة و الهوايات: فيشير بيثاني ((Bethany,2005,p:6)) انه يمكن تحسين جودة الحياة لدى كبار السن من خلال: الاستقلال الوظيفي - ممارسة الأنشطة البدنية – المشاركة في ممارسة الهوايات مما يحسن أداء النوافل العصبية ،والقلبية، والأوعية

الدموية، وزيادة استهلاك الأكسجين،وانخفاض ضغط الدم، ونقصان الوزن، وزيادة كثافة العظام، وتحسن الحالة المزاجية، والتفاعل الاجتماعي، وتحسن الجهاز العصبي بشكل عام، وتحسن واضح في الأداء المعرفي لدى كبار السن،وهدفت دراسة موتا وآخرون (Motta,etal,2004,p:829) إلى التعرف على الشيخوخة الناجحة في المأويون (100) عام، الواقع والأساطير، وأجريت الدراسات على عينة بلغت (602) من كبار السن عمر مائة سنة في ايطاليا،ثم قياس الكفاءة العقلية، والاستقلال الذاتي في الحياة، وفعالية ممارسة الحياة اليومية، وخلصت إلى أهمية ممارسة الأنشطة اليومية والمهارات لتحسين الكفاءة العقلية، والاستقلال الذاتي في الحياة، والرضا عن الحياة بشكل عام.

ويشير جيريل وبولينج (Gabriel&Bowling,2004,pp:675-691) إلى بعض المؤشرات التي تشعر المسن بجودة الحياة منها: ممارسة الهوايات – الانخراط في الأنشطة الترفيهية –الحفاظ على الأنشطة الاجتماعية، والإبقاء على دورهم في المجتمع، والتمتع بالحياة،واهتمت ميلاني وويليامز (Milne&Williams,2000,pp:699-723) بدراسة حاجات الصحة النفسية للمسن مع الأخذ في الاعتبار التفاوت الاجتماعي،وهناك قرائن تتعلق بالمساوئ الاجتماعية والاقتصادية فضلا عن الآثار المترتبة على التمييز، وان هناك اتجاهات متزايدة من التفاوت الاجتماعي لها آثاره على الصحة النفسية للمسن، وتأثير ذلك على التنمية والعلاج.

وهدفت دراسة بولنج وجبرل (Bowling&Gobriel,2007,pp:827-848) إلى وضع نظريه لجودة الحياة في الشيخوخة التي كان من أهم أبعادها: الأدوار الاجتماعية – العلاقات الاجتماعية – الأنشطة الترفيهية – المشاركة الاجتماعية.

وترى (الهجرسي، ٢٠٠٤، ص١٢٦ -١٣٠) أن الحياة الخاملة sedentary life هي من أخطر العوامل التي يقع فيها المسن وبالتالي ضعف النشاط البدني و يكون المردود الفسيولوجي الطبيعي هو الانسحاب تدريجياً للإصابة بالسمنة والتي تسبب الكثير من المشاكل الصحية و التي تسمى بأمراض العصر مثل تصلب الشرايين، ارتفاع ضغط الدم، ارتفاع نسبة السكر في الدم، وكلها عوامل تؤدي إلى أمراض القلب التاجية. وقد أشارت الدراسات أن ممارسة الأنشطة الرياضية وخصوصاً المشي في الهوى الطلق من(٢٠ -٣٠) دقيقة يضفي على المسن الشعور بالسعادة و يساعد في علاج حالات القلق ولاكتئاب والإرهاق العصبي،وتحفز الجسم على إفراز مادة شبيهه بالمورفين تسمى الاندروفيز Endorphins وهي تعمل على التهدئة وتسكين الآلام وتحسين الحالة المزاجية. وترى (عبد المنعم،٢٠٠٢ص:٤٥٥) أن ممارسة الأنشطة و المداومة عليها يخفف من حدة التوتر العضلي و القلق لدى كبار السن ويساعدهم على الاسترخاء وقضاء وقت ممتع و ارتفاع الروح المعنوية، ومواصلة الحياة في سعادة وصحة.

(٣) خبرات الماضي

فالاستمرار على علاقة بالماضي وخبراته يقلل النسيان وذلك من خلال تدوين المعلومات الهامة ،والإعداد الجيد قبل مواجهة بعض المواقف حتى لا تقع في الحرج بسبب النسيان الذي يصاحب التقدم في السن.

فيشير بورتمان وتيلبوج (Poortman &Tilbarg,2005,pp:19-39) إلى آهمية الخبرات والتجارب الماضية لكبار السن واتجاهاتهم نحو أحداث الحياة مثل المواقف، الزواج، الحمل، تجارب أولادهم.

واهتمت دراسة ويلين وآخرون (Wallin,etal,2007,pp:147-164) بدراسة معاني كبار السن لإعادة تأهيلهم وإعطاء الخبرة من خلال برنامج معد لذلك وبعد تحليل المقابلات الشخصية التي انحصرت في ثلاث فئات هي: الشعور بثقة في الحياة اليومية، وإعادة التأهيل وكان ينظر إليه على انه ييسر المعيشة اليومية في المنزل والإحساس بالإجازة أو العطلة باعتبارها وسيلة للفرار من الحياة الروتينية،وخلصت النتائج إلى محدودية البرامج في إعادة التأهيل، وعدم قدرة البرنامج على تعزيز استقلالية كبار السن وتعزيز قدرتهم على العيش في منازلهم بعيد عن مراكز رعاية كبار السن، فالأفراد خلال سنوات حياتهم الأولى يمرون بخبرات ومواقف تتضمن إحباط أو عدم تحقيق أهداف معينة، أو عدم إشباع حاجات معينة،وتغلبهم عليها قد يزيد من رصيد الخبرات و يجعلهم أكثر قدرة على مواجهة الاحباطات والعلاقات التي تقابلهم في المستقبل، وذلك يتم من خلال الطرق البناءة في التعامل مع المواقف المحبطة أو من خلال تحطيم العوامل التي تمنعهم من تحقيق أهدافهم (عبد الفتاح، ١٩٩٩، ص:٤٤٧).

(٤) العلاقة بالعالم الخارجي

فاستمرار علاقة المسن بالعالم من حوله مع عدم السماح للعجز أو المرض آن يعزله عن عالمه الخارجي فضعف السمع آو البصر آو العجز عن الحركة يمكن التغلب عليه من خلال استخدام وسائل مساعدة،وطالما توافرت لدى المسن أرادة الحياة فلا يمكن إن تحول تلك الصعوبات بينه وبين الاستمتاع بحياته، فيشير موسرى (Macera,200, p;4) إلى آهميه الدعم الاجتماعي المادي والمعنوي لكبار السن وآشار إلى أربعة أنواع من الدعم هي: الدعم العاطفي، الدعم المادي، الدعم ألمعلوماتي، الدعم التقيمى،

ويرى أن أنماط الدعم الاجتماعي الذي يحتاج إليها الشخص تتغير بتغير الحالة الصحية والعمر، وان الدعم الاجتماعي عموما يرتبط ايجابيا بالرضا الذاتي،وآشار ابرامسون (Abramson,2005) أن توافق كبار السن مع تغيرات الشيخوخة تتوقف على الجنس، الحالة الاقتصادية الاجتماعية، التعليم، الصحة ،وان عدم توفر مستويات مناسبة من المتغيرات السابقة يؤدي إلى مظاهر قلق واضح على كبار السن.

(٥) المستوى الاجتماعي الاقتصادي

فعلى المسن إن يحافظ على صفاء عقلة وتفكيره من خلال أعداد الجو المحيط بشكل مناسب فالسكن الجيد يشيع في النفس البهجة خصوصا مع الإبقاء على الأشياء الجذابة، فيرى مانسفيلد وجيل (Mansfield&Gill,2007) أن الدخل المنخفض لكبار السن يؤثر على شعورهم بالوحدة النفسية وعلى مصادر البيئة الصحية التي يجب أن تتوفر لهم، ويرى (عبد الفتاح ١٩٩٩، ص: ٢٦٤) أن الأشخاص الدين ينتمون إلى طبقة اجتماعية دنيا هم الأكثر تعرضا للاضطرابات العقلية، و اقل استفادة من الخدمات النفسية، وتشير(القباني، ٢٠٠٤ ص:١١٥ -١١٦) إلى أن البيئة المنزلية تمثل المجال المادي الذي يحيا فيه المسن وهي لا تقل أهمية عن بيئته الأسرية، ونتيجة للمتغيرات البيولوجية والفسيولوجية فإن مرحلة الشيخوخة تتصف بمجموعة من الصفات منها ضعف القدرات الجسمية و العضلية والعقلية والفسيولوجية، ومن هنا يجب أن تكون مساكن كبار السن خالية من المعوقات ذات طابع وظيفي يجعل أداء الأنشطة اليومية سهلة وآمنه تساعده على الاعتماد على نفسه في أداء متطلباته اليومية دون الحاجة إلى مساعدة الآخرين خاصة أذا كان يعيش بمفرده. واهتمت

دراسة ميلن و وليامز (Milne & Williams,2000,p:699-723) بتلبية احتياجات الصحة النفسية للنساء المسنات آخذ في الاعتبار التفاوت الاجتماعي وخلصت إلى وجود أتفاق بأن التفاوت في الطبقة الاجتماعية له آثاره على الصحة النفسية وعلى علاج الاضطرابات النفسية في كبار السن، وان النساء المسنات يشكلن أغلبية الذين يعانون من أمراض نفسية في وقت لاحق من الحياة وعرضه بشكل خاص إلى الآثار التراكمية لمدى الحياة وعدم المساواة المتعلقة بالجنس، وقام شريدور و مارنيتي (Schroder & Marianti,2006,p:3-8) بفهم نقاط الضعف في سن الشيخوخة والتي تسبب لهم القلق حيث انعدام الأمن وتزايد التعرض للتهديدات وانخفاض القدرات، مما جعلنا في حاجة ملحة لتطوير السياسات الاجتماعية وآخذ التدابير اللازمة لرعاية هؤلاء كبار السن وهو آمر حاسم في ظل ظروف القيود المالية و المطالب التنافسية، و التغير الاجتماعي و الاقتصادي و السياسي عبر الثقافات المختلفة و التي له تأثير ايجابي آو سلبي على جودة الصحة النفسية لدى كبار السن، وذلك حسب المستويات التي يعيشها المسن، و أشار يشوما و آخرون (Ichimiya,etal,2005,pp:443-449) إلى أهمية توفير الرعاية الصحية والسكن المناسب لكبار السن حيث ارتبط ذلك باضطراب النوم الذي ارتبط بدورة ببعض الأعراض النفسية والاضطرابات التي تحدث لكبار السن. وأهتم جبريل و بولينج (Gabriel & Bowling, 2004,p:675-691) بدراسة مؤشرات جودة الحياة لكبار السن ومن أهمها: جو المنزل الذي يعيشون فيه – الحي – حسن الجوار – أمكانية الوصول إلى المرافق والخدمات بما في ذلك التنقل – الحفاظ على الأنشطة الاجتماعية – كفاية الأموال لتلبية الاحتياجات الأساسية للمشاركة في المجتمع والتمتع بالحياة – الحفاظ على الاستقلالية.

وفي دراسة أخرى لبولينج وجبريل (Bowling & Gabriel,2007,pp: 827-848) سعى لوضع نظرية لجودة الحياة في الشيخوخة وكان من أهم مؤشراتها: العلاقات الاجتماعية – المنزل – الحي – الظروف المالية – الاستقلال – الحرية دون قيود أو شروط في المنزل و المجتمع – الألفة والمحبة – الشعور بالأمن، وتعني جودة الحياة لكبار السن: قبول الدعم والمساعدة – الرعاية – الثقة في الآخرين – السكن المناسب – التكيف مع الآخرين – المشاركة الاجتماعية).

(٦) الثقافة ومستوى التعليم

أن ثقافة آي مجتمع من المجتمعات هي نتاج للخبرات و التجارب والتعليم و العادات و التقاليد والاتجاهات و القيم وهذا جعل لكل مجتمع مظاهر وضوابط ومعايير قد تختلف كلياً أو جزئياً عن غيره من المجتمعات،وتشير مونتاجو Montagu في(عبد الفتاح، ١٩٩٩،ص:٢٥٤ - ٢٤٩) أن الثقافة هي ذلك الجزء من البيئة من صنع الإنسان (الرموز – الإشارات و العلاقات – الأفكار – القيم – التقاليد – المؤسسات التكنولوجية) وأن تلك الثقافة المتطورة تدخل الإنسان في مجالات عديدة من مجالات التوافق وأن ضغوط الحياة و تعقد الظروف يمكن أن يدمر الفرد ومعنى ذلك أن المجتمعات التي تقل فيها الضغوط يتمتع سكانها بصحة نفسية جيدة مع مراعاة أن ذلك يختلف من ثقافة إلى أخرى حسب قدرة كل فرد بما يملكه من عوامل وراثية بنائية على التوافق،وهدفت دراسة باهت و وفر فجن (Baht & Phruvarajan,2001,pp:621-140) بالتعرف على الشيخوخة في الهند الانحرافات في التباعد بين الأجيال و التحديات و الخيارات و توصلت إلى التأثير الواضح للعولمة في هذا المجتمع المتغير

اقتصادياً و اجتماعياً مما أدى بالجيل الصاعد بالبحث عن هوية جديدة تتضمن الاستقلال الاقتصادي و أعادة تحديد أدوارهم الاجتماعية داخل و خارج الأسرة فالمفهوم التقليدي للمسؤولية والالتزام لصغار السن تجاه كبار السن تلاشى، حيث أن الجيل الأكبر محصور بين الانحطاط في القيم التقليدية من ناحية وغياب نظام الضمان الاجتماعي من ناحية أخرى.

وقام بريارسش وآخرون (Barbarecchi,etal, 2007, pp: 1243-1252) بدراسة عن أثر مستوى التعليم على التكيف لدى كبار السن المصابين بالسرطان و تعرف على التكيف من خلال الأنماط العشرة لجودة الحياة Quality of life وأن المستوى التعليمي للمسن له دور جوهري في التكيف مع مرض السرطان برغم وجود اختلافات في التكيف عن المقارنة بين المستويات التعليمية المختلفة، وأشارت دراسة موري و آخرون (Moore,etal, 2007, pp: 327-331) إلى التعرف على الاختيار المعرفي لاستحسان الذات، دراسة للشيخوخة الناجحة و أظهرت الدراسة عن ربط أكثر أفراد العينة بين مستوى التعليم و الدخل، والارتباط الإيجابي بين الشيخوخة الناجحة و الإدراك الايجابي للذات، و الذاكرة و الوظائف التنفيذية المعرفية، و الدخل، الوظيفة، والصحة العامة و المرونة، الاشتراك في الأنشطة أو الهوايات، الأصدقاء، واهتمت دراسة سليون و آخرون (Selwyn,etal, 2003, pp: 561-582) بمعرفة استخدام كبار السن لتكنولوجيا المعلومات و الاتصالات في حياتهم اليومية باعتبار ذلك أمراً أساسي للتفاعل بين كبار السن وثقافة المجتمع و التغير الاجتماعي وقدراتهم على استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، وتوصلت إلى آن استخدام الحاسوب يقتصر على عينة قليلة من كبار السن، وهناك فروق بينهم حسب الجنس والسن والحالة الزواجية ومستوى التعليم.

وأشـارت دراسـة هـو فـر و آخـرون (Hofer,etal,2006) إلى معرفـة التطابق بين القيم الاجتماعيـة كإفراز للثقافة والدوافع الضمنية وأثارها على الرضا عن الحياة عبر ثلاث ثقافات هي الكاميرون و كوستاريكا و ألمانيا وآجريت الدراسـة على عينـه مـن كبـار السـن في الثقافـات الـثلاث وتوصلت إلى مجموعة من القيم الاجتماعية في تطابقها مع الدوافع الضمنية و المؤثرة على الرضا عن الحياة لكبار السن وهـي العشرة و الانتماء و التوجهات المستقبلية.

ويرى تشانيس (Chance, 2005,pp: 245-253) آن مصطلح كبار السن مـع صعوبات الـتعلم يشـير إلى مجموعـة متغـايرة جداً مـن النـاس ولكنهـا تختلف اختلافاً كبيراً مـن حيـث السـبب والطبيعـة، و الدرجـة و الأحـوال الاجتماعيـة و الاقتصـادية عموماً و أن اهتمـام الشـعوب بكبـار السـن ذوي صـعوبات الـتعلم ضـئيل للغايـة، وهـذا أدى إلى زيـادة احتياجـات الرعايـة الصحية لكبار السـن بمـا فيهـا احتياجـات الصـحة النفسية، وقد وجد أن هنـاك (٢١٠)ألـف مـن الأفـراد الـذين يعيشـون في انجلـترا و ويلـز مـنهم (٢٥) ألف يعانون من صعوبات في التعلم وخصوصاً كبار السن بنسبة (١٢٪) مـن العينة الكلية لكبار السـن وأن هنـاك (٢٦٥)ألـف بنسـبة (٢١٪) مـن كبـار السـن الـذين تتجـاوز أعمـارهم السـتين عامـاً تظهـر علـيهم إعاقـات الـتعلم، وهنـاك إهمـال لتلـك الإعاقـات لـدى كبـار السـن باعتبارهـا عينـة فقـدت مستويات أعلى مـن القـدرة الوظيفيـة وانخفـاض مسـتويات سـلوك التحـدي مقارنة بصغار السن، وهذا يعكس أهمية التعليم و القدرة على الاسـتمرار في تعلم الجديد على تحسـين الظـروف الصـحية و النفسية والتكيفية لـدى كبار السن.

(٧) التفاؤل والتكيف

وسبيل المسن إلى ذلك هو من خلال تبني أفكارا إيجابية عن الحياة وخصوصا وان البعض ينظر إلى الشيخوخة بأنها مرحلة يائس وهزيمة تسبب حدوث الاضطرابات والتدهور ويصلح في ذلك المنهاج الإسلامي الروحاني الذي يجعل المسن دائما في حالة من الرضا والتفاؤل، ويشير شلترون وآخرون (Chelteron,atal,2007,pp:365-396) أن انخفاض تقدير الذات لدى كبار السن عنصر أساسي في تعرضهم للإصابة بالاكتئاب النفسي والذي يحتاج إلى معالجه عميقة للجذور السلبية، للتقييمات الذاتية من اجل التحدي، والتغلب على المعتقدات الأساسية، وينصح المسن بأنه لا داعي للمخاوف فالخوف من المرض أسوا من المرض نفسه والخوف من الموت أمر طبيعي ولكننا خلقنا لنعيش وان الموت آت في موعده لا يمنعه مانع ولا يجب أن يوقفنا عن الاستمتاع بالحياة، فعندما نوفر للمسن ظروفاً معيشية مناسبة يشعر بالتوافق في الشيخوخة وهناك عدة مؤشرات لذلك مثل: وجود حالة من التطابق بين الحالة العقلية الداخلية للمسن وبين البيئة الخارجية وجود نوع من الاستمرار بين أنماط التكيف في الماضي والحاضر وجود حالة من التفاؤل ناتجة عن الشعور بالأمان والتخلص من الأعباء والمسؤوليات توفر مستوى مادي مقبول ومناسب فعملية التكيف لدى كبار السن عملية مستمرة مع التغيرات البيولوجية والاجتماعية والنفسية التي تعتبر حقيقة مع تقدم السن مما يدل على تقبل الفرد لذاته كما هو، ويعني التكيف الشخصي أن يكون الفرد راضي عن نفسه وغيرة كاره لها، وان تخلو حياته النفسية من الصراعات مع إشباع الفرد لدوافعه بشكل يرضي نفسه و مجتمعه

(فهمي، ١٩٧٦، ص:٢٤)، وهناك مجموعة من العوامل تساعد الفرد على التكيف وهي:

إشباع الفرد لحاجته الأولية والثانوية، ما يحمله الفرد من خصائص فسيولوجية ترجع في اغلب الأحيان إلى الوراثة، الإصابة أو المرض، تعلم مهارات التكيف واعتبارها عملية متعلمة وليست مورثة فالتكيف هو محصلة ما مر به الفرد من خبرات وتجارب وطرق التعامل مع تلك الخبرات والتجارب، و إن يعرف الإنسان نفسه من حيث الحدود والإمكانات والقدرات، وإن يتقبل الفرد ذاته بكل ما تحمله نفسه من خصائص وامكانات ومهارات وسلبيات وسعيه إلى التوافق الجيد مع المحيطين به، المرونة وتعني قدرت الفرد على تعديل سلوكياته حسب الظروف، وخصوصا حسب ظروف حياته وما يحدث فيها من تغيرات في الجانب الايجابي أو السلبي(غريب، ١٩٩٩، ص: ١٠٤ - ١١٠).

واهتمت دراسة نيجرن (Nygren,2006,p:5) بالتعرف على جوانب القوة لدى كبار السن الطاعنين في السن والشيخوخة الجيدة في السويد، وتمثلت القوة في (المرونة – الصحة البدنية – الصحة النفسية – العوامل الصحية العلاقات الاجتماعية) وتوصلت النتائج إلى عدم وجود ارتباط بين الصحة البدنية و العقلية، ولكن الصحة البدنية كانت أفضل عند النساء من الرجال، وآن جوانب القوة لا يمكن الحفاظ عليها بشكل إجمالي، وجوانب القوة من وجهة نظرهم تمثلت في: القدرة الاعتماد على النفس – الأيمان بالله – التكيف العام مع التغيرات التي تحدث كنتيجة للتقدم في السن. ويرى هرزوج و جرفن (Herzog & Garfein, 1995) آن الشيخوخة الناجحة عملية تكيف مستمرة مع المحافظة على النمو الشخصي.

واقترح هانس و كابل (Hanes & Kapl, 2005) مفهوماً للشيخوخة وفقاً لنموذج التكيف التعويضي والمرونة، باعتبار القدرة على تعديل الأهداف المعلنة و آساليب المشاركة في الحياة و الاستقلال الذاتي، و التكيف المرن و التعويض الأمثل و المشاركة في المجالات البدنية و المعرفية و الاجتماعية و الروحية في الحياة هو الحل الامثل، ويرى آن هناك ثلاثة مفاهيم للشيخوخة {الشيخوخة الناجحة – الشيخوخة النشطة – الشيخوخة الصحية} وآنسب تسمية لها هي الشيخوخة الإيجابية آو الجيدة، واقترح (Carstensen & Baltes, 1996) ثلاث عناصر للشيخوخة الناجحة هي: تجنب المرض أو العجز – الكفاءة البدنية والوظيفية والمرونة – المشاركة النشطة في الحياة – التكيف العام، وقد اعتمدت منظمة الصحة العالمية مصطلح الشيخوخة النشطة بوصفها تجربة ايجابية لكبار السن، وهي قدرتهم على المحافظة على الحالة النشطة مع الاستمرار في المشاركة الاجتماعية والاقتصادية و الثقافية و المدنية و الروحية و التكيف العام في (Nygren,2006,p:2-7).

(٨) الرضا عن الحياة

إن توافق المسن ورضاه عن حياته يتأثر بآرائه عن صحته وعن مستواه المادي وعلاقاته في المجتمع وخاصة مع أسرته وإدارة أهدافه التي تتلاءم مع حياته، ويرى موسري (Macera,2005,p:5) (أن الرفاهية الذاتية لها ثلاث مجالات أساسيه هي: الحالة العاطفية الايجابية، عدم وجود الوجدان السلبي، الرضا عن الحياة، ويشير رويتر(Rutter,1897)إن حسن تقدير الذات للمسن يتمثل في الاعتداد بالنفس والاعتقاد الذاتي –وامتلاك مهارات،حل المشكلات،وإشباع العلاقات الشخصية المتبادلة، والثقة

بالنفس، والضبط الذاتي في (Nygren,2006,p.15)، وأشارت دراسة لو ومولذان (Low&Malzahn,2007,pp.141-150) أنه يمكن التنبؤ بجوده الحياة في كبار السن من خلال عدة مؤشراه أهمها :الدعم العاطفي، المصادر المالية، المعنى الايجابي للحياة، البيئة الطبيعية، العلاقات الاجتماعية، الاستقلالية، تطوير الأهداف، الضبط الذاتي. واهتمت دراسة شان وآخرون (Chan,etal,2006,pp:1086-1092) بقياس جودة الحياة لدى عينه من كبار السن المكتئبين وغير المكتئبين في الصين وأظهرت نتائجها وجود فروق داله في جودة الحياة بين المجموعتين لصالح غير المكتئبين وتمثلت جودة الحياة في الإدراك الايجابي للحالة الصحية والوظيفية والعقلية والدعم الاجتماعي والتعليمي، والسكن،والحالة الزواجيه، والمستوى المعيشي.

و اهتمت دراسة جبريل وبولينج (Gabriel & Bowling, 2004, pp:675-691) بالتعرف على جودة الحياة من منظور كبار السن في بريطانيا، آجريت معهم مقابلات شخصية في منازلهم وتوصلت إلى أن كبار السن يرون جودة الحياة تنحصر في مجموعة من المؤشرات مثل: إقامة علاقات اجتماعية طيبة، المساعدة والدعم - جو المنزل الذي يعيشون فيه والحي – حسن الجوار – آمكانية الوصول إلى المرافق والخدمات المحلية بما في ذلك التنقل – الهوايات والانخراط في الأنشطة الترفيهية – الحفاظ على الأنشطة الاجتماعية –للإبقاء على دورهم في المجتمع – الصحة الجيدة – القدرة على الحركة و التنقل – كفاية الأموال لتلبية الاحتياجات الأساسية للمشاركة في المجتمع و التمتع بالحياة – الحفاظ على الاستقلالية – الضبط الذاتي ويرى الباحث أن تلك المؤشرات هي بمثابة عوامل الصحة النفسية الجيدة لكبار السن. ويسعى بولينج وجبريل (Bowling & Gabriel,

2007,pp: 827-848) في دراسة أخرى إلى وضع نظرية لجودة الحياة في سن الشيخوخة، من خلال استبيان مفتوح لمعرفة تصورات كبار السن عن جودة الحياة وهي: العلاقات الاجتماعية، الأدوار الاجتماعية، الأنشطة الترفيهية، التمتع بالصحة النفسية، المنزل، الحي، الظروف المالية، الاستقلال، الحرية دون قيود أو شرط في المنزل والمجتمع، الارتياح، السرور، الرفقة، الألفة و المحبة، الاتصال والمشاركة الاجتماعية، الشعور بالأمن،ويحتاج تقبل المسن لذاته أن يتوافق نفسياً مع تغير آهدافه، المواقف الاجتماعية التي يواجهها في سن التقاعد والشيخوخة وهذا يتطلب منه التوافق مع الموقف الأصلي ولا يشرع بالإحباط عندما يفشل في موقف جديد لأن عدم التوافق له تأثيرات سلبية على المسن مثل اليأس والإحباط والدونية بسبب انخفاض المركز الاجتماعي أو مجرد التفكير في الشيخوخة، ويعني تقبل الذات self-acceptance الاتجاه الصحي نحو قيمة الذات وحدودها وقبول الصفات ككل كجز من الذات، فالاتجاه الايجابي نحو الذات وتقبلها كما هي بكل صفاتها وقدراتها وإمكانياتها يعتبر من أهم عوامل الصحة النفسية (غريب، ١٩٩٩،ص: ١٠٩).

(٩) الاهتمامات

يحرص الكثير من كبار السن على أن يكون مظهرهم حسناً ويهتمون بالأناقة والرائحة الطيبة، واللباس المناسب، ويبالغ البعض في هذه الأمور لجذب انتباه الآخرين، في حين أن بعض كبار السن قد يكونوا على النقيض تماماً للفئة السابقة من حيث الإهمال في المظهر والمظهر والهندام، وقد يرجع ذلك الاهتمام أو عدم الاهتمام باستعدادات شخصية

تكونت في الشباب وتفاعلت مع ظروف كبر السن، وليست ناتجة عن كبر السن نفسه. (مرسي، ٢٠٠٦، ص: ٥٨).

وتظهر على المسن تغيرات ملحوظة في اهتماماته بشكل كمي ونوعي و من أمثله تلك الاهتمامات الاهتمام بالمظهر، الاهتمام بالملبس، الاهتمام بالمال، الاهتمامات الدينية. و عندما يوظف تلك الاهتمامات توظيفا جيدا تؤثر ايجابيا على حالته الصحية و الاجتماعية و النفسية (قناوي، ١٩٨٧ ،ص: ٥٢ - ٧٧)، (عيسوي، ١٩٨٩ ص:٤٨ - ٧٦) (الشربيني، د -ت، ص:١٥٢ -١٥٧)، (خليفة، ١٩٩٧، ص: ٥٠ - ٤٦)، وأشارت دراسة بوتس وآخرون (Bots,atel,2007,pp:1002-1017) بالتعرف على الأسلوب الشخصي والغذاء في ارتباطه بالاكتئاب في نهاية الحياة وخلصت الى وجود علاقة بين أسلوب المسن الشخصي وعاداته الغذائية (النشاط الطبيعي -انخفاض الكلسترول) وبين درجة إصابته بالاكتئاب مما يدل على أن أسلوب المسن الشخصي واهتمامه بغذائه ومظهره وأنشطته يقلل من الإصابة بالاكتئاب.

(١٠) الرعاية الصحية

يحتاج المسن إلى الرعاية الصحية بسبب تدهور قدراته الجسمية و الفسيولوجية و العقلية و نجد اهتمام واضح الآن على مستوى العالم بتوفير مؤسسات الرعاية و العلاج و الإقامة لكبار السن حتى يشعروا بالأمان على مستقبلهم الصحي و المعيشي و هذا ينعكس في شكل جوانب ايجابية تتمثل في الرضا عن الحياة بشكل عام (قناوي، ١٩٨٧، ص ٧١).

فيفترض أصحاب نظرية النشاط أن كبير السن عندما يحال إلى المعاش أو التقاعد. فإنه يبحث عن العمل في أي مجال آخر قادر على

العطاء فيه ويتناسب مع قدراته ومهاراته، مما يشعرون بالكفاءة والجدارة، وأن حياتهم لها معنى وقيمة تدفعهم إلى التمسك بالحياة والارتقاء بها (مرسى، ٢٠٠٦، ص: ٧٦).

وهناك العديد من الدراسات التي اهتمت بدراسة كيفية تقديم الرعاية لكبار السن مثل دراسة (Cole,2000)و ((Werntoft, etal, 2006) (Aici & Munro, 2006) (Williamsal, etal, 2007) (Roberts, 2005) لمعرفة تأثير ذلك على تحسين نوعية الحياة لدى تلك الفئة، وكان جل اهتمام كل هذه الدراسات هي مجال الرعاية الصحية وكيفية تقديمها بشكل مناسب، ودور مؤسسات المجتمع في تقديم تلك الخدمات لكبار السن، ومدى الاهتمام التي توليه الحكومات بتلك الفئة وخصوصا في مجتمعنا العربي الإسلامي عندما نقارن ذلك بالمجتمعات الغربية التي تملك الإمكانيات لرعاية كبار السن على الوجه الأمثل.ويشير جيريل وبولينج (Gabriel&Bowling,2004,pp:675-691) إلى بعض المؤثرات التي تشعر المسن بجودة الحياة منها: الصحة الجيدة،وتوافر الرعاية الصحية للمسن والتمتع بالحياة.

واهتمت دراسة تيلور وآخرون (Taylor,etal,2004,pp467-479) بمعرفة مستوى الغضب لكبار السن الذين يعانون من مشكلات الصحة النفسية وأتضح أن العدوان بما في ذلك الاعتداء الجسدي مشكلة كبيرة في توفير الخدمات لكبار السن مع مشكلات الصحة النفسية، وهناك مجموعة من الجوانب الاجتماعية و النفسية التي ترتبط بالسلوك العدواني باعتبار أن الغضب منشط للعدوان، كما أظهرت أن كبار السن النزلاء في بعض المراكز المتخصصة يعانون من سلوك عدواني انعكس على صحتهم النفسية، وتشير ميلاني ويليامز (Milne & Williams,2000, pp: 699-723) إلى

أهمية تلبية حاجات الصحة النفسية للنساء المسنات مع أخذ التفاوت الاجتماعي في الاعتبار الذي له تأثير متزايد على توفير خدمات الصحة النفسية لكبار السن بشكل عام، و يشير نيوجرن (Nygren,2006,p:3) إلى مجموعة من المؤشرات للشيخوخة الناجحة منها: الارتياح النفسي في الحياة – تعزيز أساليب الحياة و الرعاية الصحية – الإحساس بالتماسك – تلبية المطالب الداخلية و الخارجية - الإحساس بمعنى الحياة.

فمن الضروري التوسع في إنشاء المراكز المتخصصة في رعاية كبار السن تقديم الخدمات الطبية اللازمة لهم ووقايتهم من الأمراض والاضطرابات النفسية وعلاجها، ويواجه كبار السن مشكلات كثيرة وخصوصاً في الدول العربية التي تعاني من النقص الشديد في الخدمات الطبية والعلاجية والوقائية لأمراض الشيخوخة، وهذا يجعل مرحلة كبر السن مرحلة شقاء وعناء وآلام وأوجاع للكثير (كمال مرسي، ٢٠٠٦، ص: ٨٢).

عوامل مظاهر الاضطراب لكبار السن

تعتبر مرحلة الشيخوخة غير مثالية بالنسبة لكبار السن حيث ذهاب الشباب والحيوية وظهور الوهن والضعف؛مما يؤدي إلى مشكلات لا يمكن منعها مثل:مشاعر الملل والعزلة والفراغ والاضطرابات النفسية والعقلية والاكتئاب الشديد الذي يدفع المسن إلى التفكير في الانتحار في بعض الأحيان وضعف حالتهم الصحية والاجتماعية والتقاعد عن العمل وتدهور العلاقات الاجتماعية بالأصدقاء، مما ينعكس على أسلوبهم في الحياة المتمثل في السلبية والجمود وعدم القدرة على تعديل الأهداف مما يعوق توافقهم النفسي الاجتماعي مع أنفسهم ومع أسرهم ومع المجتمع الذي يعيشون فيه، ويمكن عرض مجموعة من العوامل التي تسبب الاضطراب لكبار السن وهي التالي:

(١) الأمراض المزمنة

فالشيخوخة ليست مرحلة ضعف ووهن فحسب ولكنها أكثر فترات الحياة التي يتأثر الجسم فيها بالمرض ولا تكون الأمراض فرادى بل يصاب المسن بعدة أمراض في وقت واحد،ومن الأمراض التي تنتشر في

آواخر العمر ،آمراض القلب، السرطان، فقر الدم اضطرابات المعدة والقالون، مرض السكري، الأوعية الدموية ،تضخم البروستاتا ،سقوط الأسنان، خلل الحواس وخاصة السمع و الإبصار و اضطرابات النوم (الشر بيني، د_ت، ص ص ٩٥_١٠٧)، وتشير الدراسات آن المسن يتعرض للكثير من التغيرات الفسيولوجية و البيولوجية و الحسية و الحركية و العقلية و المعرفية، كما يصاب المسن بهشاشة العظام، والتهاب البروستاتا، وأمراض القلب و الجهاز التنفسي،و المياه البيضاء و التآخر في شفاء الجروح، الالتهابات الروماتيزمية، ارتفاع ضغط الدم، ضعف السمع، ضعف البصر والرؤية، آمراض السكر، فقدان الذاكرة، عدم التحكم في البول وهذا يسبب للمسن الاضطرابات النفسية وآكثرها انتشاراً القلق والاكتئاب (مكاوي، ٢٠٠٦ ،ص:٤٥)، ويشير (عبدالعاطي، ٢٠٠٤ص:٣٨) إلى بعض التغيرات الصحية التي تصاحب التقدم في السن وهي :آمراض القلب والأوعية الدموية، المخ والأعصاب، ضغط الدم، الجهاز البولي، السكر و مضاعفاته، الأمراض الجلدية، أمراض العيون والأنف والأذن والحنجرة، العظام التغذية مشاكل العلاج بالعقاقير، وما تسببه تلك الأمراض من آثار نفسية شديدة على المسن تتمثل في العزلة والقلق والاكتئاب، وهدفت دراسة نيتي وآخرون (Niti.etal,2007,pp:1587-1094) بالتعرف على الاكتئاب والأمراض المزمنة في كبار السن في آسيا وأظهرت النتائج آن نسبه انتشار الاكتئاب بين العينة كان (٧.٥٪) لكبار السن الذين لا يعانون من مرض مزمن وبنسبه (١٣.٢٪) إلى (٢٤.٢٪) في كبار السن ذوي الأمراض المزمنة مثل السكر، ضغط الدم، التهام مفاصل، آمراض القلب، الربو، الأمراض المعوية.

و أشارت دراسة نارتا وآخرون (Narta,etal,2007,pp:947-954) بدراسة العلاقة بين الأمراض المزمنة في كبار السن واضطراب القلق، وتوصلت إلى ارتباط قلق السمة لدى كبار السن بأمراض القلب والأوعية الدموية، وهدفت دراسة ورود وهيجيس (Warad &Higgs,1998,pp:251-256) بالتعرف على النواحي النفسي اجتماعية للتوافق مع الإعاقة في كبار السن وأشارت إلى أن انتشار الأمراض ا لمزمنة تزداد في كبار السن باعتبارهم مجموعة أكثر عرضة للخطر فالمرضى ذوى الأمراض المزمنة يمرون بأعراض اكتئابية ومظاهر قلق و تدنى مفهوم الذات وقدرة أقل على الضبط الذاتي في كثير من نواحي حياتهم عن الآخرين الذين لا يعانون في أمراض، وأشارت دراسة هولورد و آخرين (Holwrda,etal,2005,pp:241-249) إلى وجود علاقة بين اضطراب القلق العام والاكتئاب والوفاة في كبار السن حيث ارتبطت الوفاة بالمرض الطبيعي وحالات العجز الوظيفي والضعف الاجتماعي والقلق والاكتئاب.

(٢) تدهور الوظائف البيولوجية والفسيولوجية

تشير الأبحاث الطبية على أن الشيخوخة من الناحية البيولوجية تعبر عن اضمحلال جسمي في البناء والوظيفة مع تقدم السن ومن التغيرات البيولوجية المصاحبة للتقدم في السن:جفاف الأنسجة، ضعف أمكانية نمو الخلايا، زيادة في معدل تدهور الأنسجة، نقص في مرونة الخلايا، تدهور الجهاز العصبي. ضعف قوة الأبصار والسمع والانتباه والذاكرة،ذبول الجلد وخاصة في الوجه والركبة والأطراف وانحناء العامود الفقري ،وتبدل الحركات المعبرة في الوجه واليدين،وتراكم الدهون تحت

الجلد ،وانخفاض الوزن والطول، وسقوط الشعر ،تغير معدل الأيض أي معدل الهدم والبناء فيصبح الهدم أكثر ضراوة من البناء،تغير معدل الماء والأملاح في الجسم،تغير معدل الغدد الصماء،التغيرات في الدورة الدموية ،تغير السعة الهوائية للرئتين،التغيرات في الجهاز الهضمي وتشمل التغير في وظائف الكبد والكلى وكمية الزلال في الدم،التغيرات في الجهاز العصبي وتشمل الانحدار التدريجي في بطئ الاستجابات العصبية وخلل في الجهاز العصبي المركزي حيث يتناقص عدد الخلايا مع تقدم السن،التدهور في القوة العضلية والأداء الحركي حيث يسود انخفاض في قوة العضلات مع فقدان مرونتها،تدهور الحواس،حيث تضعف حاسة الأبصار والسمع والتذوق ويتغير الصوت ويضعف آحساس الجلد. (قناوى،١٩٨٧، ص :١٧_٤٧) (فكري،١٩٨٢،ص :٢١_٢٣).

واهتمت دراسة ايكيدا وآخرون (Ikeda,atal,2007,p:1984) بالتعرف على العوامل المسببة للاضطراب في المذاق لدى كبار السن و خلصت إلى آن اضطرابات المذاق في كبار السن تسببها المخدرات و الأمراض المتعارف عليها ، ونسبة تركيز مادة الزنك، واهتمت دراسة مكدونال (Mcdonnall,2005,pp:855-561) بمعرفة تأثير فقدان الإحساس الأحادي (الإبصار) والثنائي (الإبصار والسمع) على ظهور آعراض الاكتئاب في كبار السن وخلصت الدراسة إلى ظهور أعراض اكتئابية على كبار السن فاقدي الإبصار بنسبة (٢و٣٪)من العينة الكلية التي بلغت (١٨٤٢)مسن،وظهور أعراض اكتئابية على كبار السن فاقدي السمع بنسبة (٩و٢٪)من العينة الكلية مما يشير إلى تآثير آقوى لفقد الأبصار من السمع في الأعراض الاكتئابية لدى كبار السن.

وقام هين وبرونج (Heine & Browning,2004,pp:113-130) باكتشاف الإدراك النفسي الاجتماعي والاتصال لدى عينه من كبار السن فاقدي البصر لتحديد صعوبات الاتصال والتخاطب و الاستراتيجيات التي يستخدمونها في حياتها ومعرفه إدراكهم للتكيف الاجتماعي وجودة الحياة والصحة الجسمية والنفسية وأتضح معاناة هؤلاء كبار السن من صعوبات في الاتصالات الشخصية والمكانية ومشاكل في التكيف واضطراب الاكتئاب والقلق والخمول وعدم الرضا الاجتماعي.

(٣) تدهور المستوى المعرفي

فيشير توجسفر وآخرون (Togsver,etal,2007,pp:883-889) إلى العلاقة بين الأداء المعرفي لكبار السن وبعض الجينات الو راثية والمستوى التعليمي ومستوى الدهون في الدم واستهلاك الكحول وكان التأثير الأقوى للجينات والعوامل الو راثية على الأداء المعرفي اقل من الجينات والعمر والتعليم واستهلاك الكحول ومستوى الدهون، كما اهتمت دراسة سوشوز وآخرون (Schouws,etal,2007,p:858-861) بدراسة الأداء المعرفي لدى كبار السن وتم فحص بعض النواحي المزاجية والعصبية والنفسية واضطرابات الذاكرة وتوصلت إلى تسجيل كبار السن مستوى أدنى من الذاكرة اللفظية و الطلاقة اللفظية والعقلية، وأشار كشمان.(Coshman,2000) إلى ارتباط التدهور المعرفي في كبار السن بالقلق والاكتئاب.

وأشارت دراسة بروكس وآخرون (Brooks,etal,2007,pp:490) إلى معاناة كبار السن من معدلات عالية لانخفاض الذاكرة وانخفاض القدرات الفكرية وهذا يؤثر على تفاعلهم الاجتماعي وتكيفهم بشكل

عام داخل المجتمع، كما أشارت دراسة بيرنجز وآخرون (Biringer,etal,2005) إلى ارتباط التدهور في الأداء المعرفي لدى كبار السن بظهور أعراض قلق واكتئاب، فالأداء المعرفي لدى كبار السن يتوقف على سلامة المخ باعتباره جهاز تفكير،وما نلحظه في كبار السن من ضعف أو خطأ في التفكير أنما يرجع إلى ضمور خلايا المخ،كما يرتبط عطب التفكير إلى سوء تغذية المخ بالخبرات المعرفية الجديدة أو عدم تفاعل القدرات المقدمة إلى المخ مع آخر مستوى نمائي وصل إليه أو تقديم معلومات زائفة إلى المخ وعدم تدريبه على منهج التفكير السليم، كما يعاني المسن من صعوبة في الإدراك وترجمة الإحساسات إلى إدراكات وقد يرجع ذلك إلى ضعف المداخل الحسية التي تربط بين العالم الخارجي والمخ وهي المستقبلات الحسية (الحواس الخمس) التي ترتبط بالمخ بواسطة الأعصاب الموردة،كما يتوقف الإدراك لدى كبار السن على ضعف القشرة المخية، ويعاني المسنون أيضا من النسيان وصعوبة التذكر والاسترجاع،فالتذكر عملية عقلية ديناميكية متطورة ومتغيرة والزمن ركن أساسي فيها ولذلك فهي تتغير حسب التغير في العمر والتذكر يختلف تبعاً ،لمجموعة من المعايير هي المدى الزمني الذي يفصل بين عمليتي الاكتساب و الاسترجاع فهناك التذكر المباشر والتذكر البعيد والحديث والقديم، كما يختلف أيضا تبعاً لاختلاف مهارة التذكر نفسها هل هي أعداد أو أشكال أو رسوم أو صور أ مجسمات أو ألفاظ أو عبارات أو جمل أو فقرات، وكبار السن البعض منهم يتذكر القديم وينسى الحديث وذلك لأنه تعلم القديم وتدرب علية لفترة طويلة وقد ينسى الأشياء التي تقع منذ لحظات مثل الوقت والتاريخ والأماكن والشخصيات وقد يعاني المسن من ضعف التذكر في جانب دون الجوانب الأخرى فهناك ذاكرة للأسماء

وذاكـرة للوقـت وذاكـرة للأرقـام والجمـل والعبـارات. وهنـاك مـن يفسـر النسـيان في كبـار السـن علـى انـه راجـع إلى انسـحاب المسـن مـن العـالم الخـارجي الى عالمه الداخلي، كمـا تظهـر علـى بعـض كبـار السـن ضـعف التخيل وقد يتعلق ذلك ببعض العوامل الوجدانية كالإحباط والإحساس باليأس وعدم تشجيع أو دعم المحيطين له، كما يعاني بعض كبار السن من تغير في القدرات العقلية والذكاء وقد يرتبط ذلك ببعض الأمراض التي تصيب الأوعية الدموية (قناوى،١٩٨٧، ص :٣١_٣٦) و(السيد ، ١٩٧٥ ،ص: ١٦٦_٣٦٨) و الطحان، ٢٠٠٠،ص:١٧٩ - ١٨٥).

وأشـار دولـك وآخـرون (Deluca,etal,2005,pp:848-850) إلى ارتبـاط القلق والاكتئاب باضمحلال الذاكرة لدى كبار السن حيث ارتبط القلق والاكتئاب بتدهور المعرفة العامة والتدهور التدريجي عبر الزمن والتدهور الواضـح في الـذاكرة في آخـر الحيـاة.واهتمـت دراسـة مـول وآخـرون (Mol,etal,2006,pp:432-441)بالتعرف على التضاؤل في الذاكرة لدى كبار كبـار السـن وخلصت إلى شكاوى كبـار السـن مـن النسيان وصعوبة في الاحتفـاظ بالمعلومـات، والبطء في استدعاء معلومـات قديمـة، كمـا يعـاني كبار السن من تدهور في القدرات العقلية خاصة تلك الوظائف العليا التي تنظمها الذاكرة كالحكم و التفكير المجرد و التعليل و علاقات التخيل المكاني، وتعاني تلك الفئة من النوبات القلبية والاكتئاب و سوء التغذية، كراهيـة الـتغير وانحسـار في المشـاركة في الأنشـطة اليوميـة. (عبـد الفتـاح أحمد:٢٠٠٦، ص:٢٨ -٢٩).

(٤) الوحدة النفسية

ويمكن تحديد مجموعة من الأسباب التي تؤدي إلى شعور المسن بالوحدة والآلام النفسية وهي :

١ - الحالة الصحية للمسن بسبب تقدم السن وتدهور الحالة الصحية وضعف الحواس مثل حاستي البصر والسمع.

٢ - سوء الظروف السكنية.

٣ -العزلة الاجتماعية والشعور بعدم الحاجة لمخالطة الآخرين و ما ينتج عن ذلك من اضطرابات نفسية (نجيب، ٢٠٠٦، ص:٢٧).

وأن الشعور بالانتماء ضروري لجميع الكائنات الحية ويعني اندماج الفرد في جماعة ومشاركتهم قيمهم ووجهات نظرهم وهو مصدر طبيعي للتفاعل المريح للنفس كما أنه مخالطة اجتماعية يشعر فيها بالأمان، وفئة كبار السن أكثر الفئات حاجة إلى الانتماء، ويصاب بالاكتئاب من يفقد الألفة ويرى ويلكوكس (Wilcocks, 1983,P:117) أن الوحدة النفسية حالة من العزلة الاجتماعية، والعزلة العاطفية و الاجتماعية، و أثبت الدراسات الحديثة أن المسن يعاني من العزلة الاجتماعية وخصوصاً عندما يضعف دور الدعم العائلي للمسن أو عندما يكون المسن أرمل. والعزلة الاجتماعية تحدث أو يشعر بها المسن داخل أسرته بسبب تغير أساليب الحياة للأجيال الجديدة وتغير أنماطها، حيث يجد المسن نفسه منعزلاً عن هذه الأجيال مما يدفعه إلى العزلة والانفراد بنفسه (محمد:٢٠٠٦ص٢٧).

واهتمت دراسة مانسفيلد و باريرا (Mansfield & parpura,2007, pp: 279-294) بالتعرف على الوحدة لدى كبار السن واعتمدت على نموذج يسمى (الاكتئاب والشعور بالوحدة) والتي تكمن جذوره في النظرية المعرفية السلوكية والتفاعل بين العمليات الإدراكية والإحداث البيئة وخلصت

الدراسة إلى أن العوامل النفسية والاجتماعية لها التأثير القوي في الشعور بالوحدة والاكتئاب، وأشار زبجنو وآخرون (Zeppegno,etal.2005.pp:769-775) أن سلوك الانتحار في كبار السن ارتبط بمكان المشيئة والعوامل النفسية وخصوصا المرض العقلي الذي تلي المرض العضوي، وإحداث الحياة والعزلة الاجتماعية. فالوحدة حالة نفسية تنتج عن فقدان الفرد بنظام المساندة مع تناقص المشاركة في الأنشطة الاجتماعية وقلة الشعور بالانجار الاجتماعي، ويرى (Mullins, 1985) أن الوحدة النفسية لها ثلاثة مصادر هي :الوحدة المزمنة :ويشعر بها الأفراد الذين لم تشبع احتياجاتهم للعلاقات الإنسانية لمدة سنتين متتاليتين أو أكثر.الوحدة العابرة :وتتضمن حالات نفسية قصيرة أو مؤقتة من الشعور بالنقص.الوحدة الوضعية :تشمل الأفراد الذين كانت لهم علاقات طيبة استمرت ثم اضطروا إلى مواجهة مطالب معينة أو تغيرات واسعة ،ويرى (Mullins) إن الأسباب المحددة للوحدة تنحصر في فقدان الدور الاجتماعي، التغيرات التي طرأت على أسلوب الحياة نتيجة الإحالة عن المعاش، التدهور في الحالة الصحية ،وفاة الأبناء و الأصدقاء. فقدان الزوج أو الترمل الذي يعتبر مؤشرا للشعور بالوحدة والاكتئاب في كبار السن.)، وهناك مجموعة من الظروف الاجتماعية المحيطة بكبار السن منها :الإحساس بالفراغ القاتل، الجلوس في المنزل مدة طويلة (قناوى، ١٩٨٧).

(٥) فقدان العمل أو التقاعد

تعتبر أزمة التقاعد على رأس المشكلات التي يعاني منها كبار السن وما يصحبها من نقص الدخل والشعور بالقلق والخوف من المستقبل مما يقود إلى الانهيار العصبي وخاصة عندما تفرض على المسن بعد

التقاعد أسلوباً جديداً من الحياة لم يألفه من قبل ولا يجد في نفسه المرونة الكافية للتوافق معه (زهران، ١٩٨٧ ، ص:٥١٢).

ويرى (ألعبيدي، ١٩٨٨، ص :٢٤٩) أن التقاعد عن العمل من الأحداث الهامة في حياة المسن ويترتب علية مشكلات نفسية واجتماعية، تسبب في بعض الأحيان الأمراض والاضطرابات الفسيولوجية والنفسية والعقلية ويرتبط التقاعد عن العمل أو فقدان العمل ارتباط سلبي بالشعور بالغيرة الذاتية والاهتمام بالمظهر، وكلما تقدم السن بالمتقاعد كلما انخفضت درجة شعوره بقيمته الذاتية واهتمامه بمظهره (رمضان، ١٩٨٤ ص:٦).

ويرى (كامل، ١٩٨٧ص:٢٢٠ -٢٤٢) أن المسنون المتقاعدون أكثر شعوراً بالاكتئاب، وأكثر انطواء مما يعطي مؤشرا واضحا عن تأثير فقدان العمل أو التقاعد عن العمل على شخصية المسن المتقاعد نفسياً واجتماعيا، وعلى رضاه عن الحياة بالكامل في بعض الأحيان.

واهتمت دراسة فانكوفا وآخرون (Vankova.etal,2007,1002- 1012) بالتعرف على المستويات المهنية أو الوظيفية وأعراض الاكتئاب لدى كبار السن ومعرفة المستوى المعيشي كجانب إدراكي ونشاطات الحياة اليومية القابلية للحركة والتقيد الوظيفي وأعراض الاكتئاب، وخلصت الدراسة إلى أن التقيد الوظيفي المؤلم ارتبط بالاكتئاب بشكل قوي. وأن التقارير الذاتية للصعوبات الوظيفية العامة والتقاعد ارتبطت في اغلب الأحيان بالأعراض الاكتئابية.

وأشار سشورر وماي (Schwoerer&May,1995,pp:469-487) أن للعمل أثار ملحوظة على فاعلية الذات لدى كبار السن، وتوصلت إلى أن فرص العمل التي تركز على فاعلية الذات والمعتقدات والعلاقة بين العمر والأداء

انعكس على فاعلية الذات والتي كان لها تأثير ايجابي ومباشر على الرضا عن الحياة لدى كبار السن.

(٦) نمط الحياة الروتينية

عندما يبلغ المس سن التقاعد يبدأ يتقلص دوره الاجتماعي،ولا يجد سوى نفسه وحيداً في المنزل طوال النهار مما يشعره بفراغ مميت وإحساس باليأس. ويمر اليوم عليه كأنه جبل شاهق،فتصبح حياة المسن روتينية ما فعله اليوم هو نفسه الذي سيفعله غداً،وما يشاهده داخل المنزل من آساس ومناظر خارجية أمام المنزل هي نفس المشاهد التي اعتاد على مشاهدتها يوميا وانقضاء يومه من الصباح حتى المساء والطقوس التي اعتاد على فعلها ليس به شيء مثيرا ومشوق بل نمط روتيني كأنه آله (عبد المعطى، ٢٠٠٥،ص:١٩ -٢٣)، مما يجعل المسن يعاني من الفراغ والعزلة، والانسحاب من البيئة الاجتماعية نظراً لنقص الاندماج مع الآخرين،وافتقاد للأدوار الاجتماعية، والمشاركة الاجتماعية،والالتفاف حول الذات والسلوك بطريقة روتينية ليس فيها آي تجديداً أو تحديث (خليفة، ١٩٩٧،ص:٢١ - ٣٢).

واهتمت دراسة برجيوا وآخرون (Bergua.etal,2006,pp:990-998) بالتعرف على الأداء النمطي أو الروتيني لدى كبار السن وارتباطه بالقابلية للإصابة بالاضطرابات السيكولوجية وخلصت إلى الارتباط بين الأداء النمطي أو الروتيني لحياة كبار السن والإصابة بدرجات متفاوتة من

الاكتئاب والقلق والمشاكل الإدراكية وانخفاض الإدراك العام وخصوصا مع التقدم في السن.

ويشير بيثاني (Bethany,2005,p:7) أن التقاعد عن العمل له آثاره النفسية مثل فقدان التكيف، والخلل في الدعم المادي والعلاقات الاجتماعية والموت في نهاية المطاف.

ويفشل بعض كبار السن في إيجاد فلسفة واضحة لحياتهم ويعتقدون أن الحياة منعزلة وتافهة وعديمة المعنى ويشعر بعدم الأمان مما يسبب لكبار السن الشعور بالقلق الدائم والاكتئاب (عيسوى، ١٩٨٩، ص:١٣٣ -١٣٤)، وقد يقع المسن في دائرة الإهمال والوحدة والاكتئاب خصوصاً عندما يفتقدون إلى احتياجاتهم العاطفية، ويدركون أنهم أصبحوا عبئا على المجتمع فيشعرون بعدم فائدتهم وإنهم ليسوا محبوبين، مما يشعرهم بالمل وخيبة الأمل في الحياة، مما يزيد من إحساسهم بالوحدة والاكتئاب(آبا الخيل، ١٩٩١، ص٥٠ -٥١).

ووسيلة المسن الوحيدة لقضاء وقت فراغه هو بقاؤه في المنزل،وأن وسائل الترفيه له تكاد تكون منعدمة، وان الأمور الذي تشغله هي المرض، قلة الدخل، الفراغ، الملل، الخلافات العائلية (جاد، ١٩٩٧، ص:٣٦٤)، ويكمن مفهوم العزلة في ضعف أو غياب التواصل والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين نتيجة تغير نمط الأسرة، واختفاء الأسرة الممتدة مما يزيد فرص إصابة المسن المنعزل اجتماعيا بالاكتئاب النفسي (عبد الباقي، ١٩٨٥، ص:١٥ -٢٥).

فإذا لم تتوفر للمسن حياه أسرية جيدة وعلاقات اجتماعية حميمة تشبع حاجاته وتجعله راضيا عن الحياة، يضطر إلى للإقامة بدور رعاية كبار السن مما يحرمه من الدافئ العائلي والجو الأسري الذي تعود عليه

وآلفه (كامل، ١٩٩١،ص:٥٩٢)، فالرضا عن الحياة قد يدفع المسن للتعامل مع مواقف الحياة بشكل ايجابي، أما الاتجاه السلبي نحو الحياة يؤدي بالمسن إلى التواكل، والاعتمادية، والرضي بالواقع، وينعكس ذلك على شخصية المسن في السلوك بشكل روتيني مضمون دون الدخول في مواقف لا تشعره بالرضي وتفقده ثقته بنفسه (محمد، ٢٠٠٣،ص:٢٠٧)، فعندما لا يستطيع المسن بما لديه من خبرات وقدرات على معالجة الأمور بحكمة وثقة بالنفس، قد يدفعه ذلك إلى الإصابة ببعض أطوار الاكتئاب النفسي كإحدى السمات الشائعة بين كبار السن (محمد :٢٠٠٦ص٢٧)،

وقد يختلف وضع المسن في المجتمعات المسلمة عنة في المجتمعات الغربية، حيث يرى المسن نفسه في المجتمع الغربي قد وصل إلى مرحلة سلبية في حياته وذلك نتيجة العلاقات الاجتماعية المفككة، والروابط العائلية الهشة. أما في مجتمعنا العربي الإسلامي الملتزم بالشريعة الإسلامية يعامل المسن باحترام والتوقير وصدق رسول الله صلى الله عليه وسلم حيث قال (ليس منا من لم يرحم صغيرنا ولم يوقر كبيرنا) رواه الترمذي.

(٧) العجز وصعوبات التنقل والحركة

فقد ينتج العجز لدى المسن والذي يعيقه في التنقل والحركة من فقدان المادة العضوية للعظام لتحل محلها مادة معدنية وسهولة تعرض المسن للكسر أو التهشم في العظام (خليل، ١٣٩٩هـ، ص:٧٥).

وترى (صادق،٢٠٠٦ص:٣٨) أن الزيادة في أعداد كبار السن ستؤدي إلى زيادة الأمراض المزمنة التي ترتبط بزيادة العمر وأن (٢٠٪) على الأقل من كبار السن يحتاجون إلى مساعدة في أنشطتهم اليومية العادية أو

تلك الأنشطة التي تستخدم فيها أدوات، وهذه الحاجة سوف تتزايد بالطبع مع زيادة العجز و بصفة خاصة صعوبة الانتقال وضعف الحركة لكبار السن مما يفقدهم التواصل مع المجتمع.

واهتمت دراسة هاررتشون (Harrertation,2004) بمعرفة معنى الشيخوخة لدى المرآة مع وجود إعاقات لمعرفة، التغيرات المرتبطة بالشيخوخة والاستراتيجيات المستخدمة في التكيف مع تلك التغيرات، وخلصت إلى عدم قدرة المرآة المسنه والذي لها تاريخ مرضى بشلل الأطفال على التكيف مع التغيرات في الشيخوخة، وانخفاض التصورات الذاتية، وعدم القدرة على التصرف، والسلبية.

ويصنف (أغا، د -ت، ص:١٥٨) المسن من حيث القدرة على الحركة إلى:

- المتحرك النشط:وهو الذي لا يزال في حالة صحية تسمح له بالتحرك خارج نطاق المنزل، والإسهام في مختلف مجالات الحياة في المجتمع.
- الضعيف الملازم للفراش:وهو الذي لا تساعده حالته الصحية إلا على التحرك داخل نطاق البيت لقضاء حاجاته اليومية، ويحتاج للمساعدة في بعض الأحيان.
- الواهن الملازم للفراش:وهو الذي أضعفه المرض أو أقعده إلى الدرجة الذي أصبح فيها وهنا لا يقدر على الحركة، وعدم القدرة على حفظ التوازن أثناء الحركة والعجز عن الممارسة العادية للحياة اليومية مما ينعكس آثاره على المسن في صورة بعض الاضطرابات مثل الشعور بعدم الأمان واليأس والإحباط والقلق الدائم والاكتئاب الشديد.

ويرى منير فوزي أن من المشكلات التي يعانى منها كبار السن الأداء الحركي البطيء، والاعتماد الجسماني على الغير،وذلك نتيجة عدم القدرة على السير وكثرة السقوط (فوزي، ١٩٨٢، ص:٢٣٧).

وتشير (عبد الفتاح، ١٩٩٦، ص:٢١ -٢٢) أن المسن يعاني من قلة في كثافة العظام والعضلات عن معدلاتها المعتادة مع فقد تدريجي لغضاريف المفاصل،وخاصة في الأطراف السفلية، مما يؤثر على حركته وتنقلاته بشكل مرن، مما يؤثر على حالته وشعوره بالنقص واليأس والاكتئاب وكثير ما يتعرض المسنون للوقوع المفاجئ ومخاطر الكسور.

ويرى بلاك مون (Blackmaon,2006,p:1) أن التدهور في الضبط الانفعالي و الاتزان أثناء التحرك الذي يحدث مع العمر مع ضعف القدرة على الحركة يعتبر من اكبر العوامل الخطرة في كبار السن ويقدر ان عدم الاتزان يحدث بنسبة (٣٢٪) فوق سن (٦٠) سنه وبنسبة (٥٠٪) للأشخاص فوف سن (٨٥) سنه، وعواقب عدم الاتزان يؤدي إلى الكسور، خلع المفاصل. ويمكن أن يؤدي إلى فقدان الاستقلالية ونقص عام في جودة الحياة. وعواقب أخرى مثل الخوف من المستقبل الذي يؤدي إلى نقص في النشاط البدني الذي ينتج عنة المزيد من عدم الاتزان والقابلية للحركة.

(٨) فقدان الزوج (الترمل)

يشعر المسن بفقدان الأمن الاجتماعي والنفسي يفقد احد مكونات الحياة الاجتماعية ومنها فقدان الزوج (الترمل) وينحصر دوره في الحياة مع انكماش في الصداقات. ويشعر بأنه غريب في عالم ليس بعالمه مما يدفعه إلى الانسحاب. والعزلة الاجتماعية والاكتئاب النفسي وهو تعبير مرضي يشير إلى عدم الأمن الاجتماعي مع ضعف قدراته على التكيف مع

الظروف الاجتماعية التي تغيرت بفقدان الزوج (اغا، د ـ ت،ص: ١٦٨ - ١٦٩).

وتشير الإحصائيات أن وضع كبار السن في مصر يظهر أن (٩٠ ٪) من الرجال متزوجون، وأن (٥٤ ٪) من النساء أرامل ومطلقات، وهذا يرجع إلى أن المرأة لا تتزوج بعد وفاة زوجها، بالرغم من أن الدراسات تشير إلى أن المتزوج أكثر سعادة من غير المتزوج. (مرسي، ٢٠٠٠٦، ص :٧٤).

واهتمت دراسة دافدسون وآخرون (Davidson.etal,2003,pp81-89) بالتعرف على المسنون، والتكامل الاجتماعي، والأنشطة المنظمة، وتوصلت الدراسة إلى أن كبار السن المطلقين كانوا أكثر عرضة للعزلة الاجتماعية كانوا أسوا صحيا من المتزوجين ويمكن تقليل اثر ذلك من خلال مشاركتهم في منظمات داخل المجتمع لكن هدا يتوقف على إرادتهم،وتشير نتائج البحوث النفسية أن غير المتزوجين اقل كفاءة واقل توافقا بوجه عام،وأن المتزوجين أقل عرضة للاضطرابات العقلية وأكثر قدره على الشفاء والتحسن عند الوقوع في الاضطراب، وان الزواج يساعد الفرد على الاستقرار في العلاقة الاجتماعية، الإحساس بالانتماء، الايجابية، القيمة الصحية (عبد الفتاح،٢١٩٩٩،ص:٢٦٨).

وأشار باركز (Parks,1997,p:47-53) بدراسة الحرمان والصحة العقلية في كبار السن، وخصوصاً بين الرجال والنساء،ومعرفة الترمل كنوع من الحرمان وتأثيره على الصحة العقلية والوفاة، ففي دراسة لايسل وآخرون (Aicl.etal,2007,p:217-226) للتعرف على تأثير الترمل (وفاة الزوج -وفاة الزوجة) على أداء الذاكرة في كبار السن و التي أجريت على عينة تكونت (٤٧٤) من النساء المتزوجات و(٦٥٠)من الرجال المتزوجين تتراوح أعمارهم بين (٦٠ -٨٥)عاماً،وأثناء الدراسة التي

استمرت ثلاث سنوات فقد (١٢٥) من النساء أزواجهم بنسبة(٢٨٪)وفقد (٦٩)من الرجال زوجاتهم بنسبة (١٠٪)وأظهرت الدراسة أن كبار السن المترملين أظهروا انخفاضاً أكبر في الذاكرة مقارنة بالمتزوجين الذين ظلت ذاكرتهم جيدة ،وان انخفاض الذاكرة لدى تلك العينة ليس له علاقة بالصحة الجسمية.

ويرى (مرسى، ٢٠٠٦، ص:١٦٤ - ١٦٦) أن من أهم التحديات الكبيرة التي تواجه كبار السن موت الزوج أو الزوجة، الذي يؤدى إلى تحول جوهري في حياة المسن، لأن موت الزوج أو الزوجة يعني فقد الأنيس والونيس، وقد يؤدى إلى فراغ البيت، والشعور بالوحدة ونقص الدخل، وانتهاء الأسرة الأصيلة، وترك البيت الذي فيه أسراره وخصوصياته إلى بيت الابن أو الابنة، أو إلى دار كبار السن، فيزداد تأزم كبير السن وتشتد آلامه وأحزانه في الترمل، ويتعرض النساء للترمل أكثر من الرجال في مرحلة كبر السن. فالدراسات تشير إلى أن عدد الأرامل من كبيرات السن خمسة أضعاف عدد الأرامل من كبار السن، أي رجل واحد لكل خمسة نساء، وأن قدرة المرآة على التوافق مع موت الزوج أكبر من قدرة الرجل على التوافق مع موت الزوجة، لأن المرآة تستطيع رعاية نفسها بعد موت زوجها، وتسهم في رعاية أحفادها، وإدارة البيت الذي تعيش فيه، أما الرجل كبير السن فيعتمد على زوجته في إدارة شئون أسرته، وموتها يعني حرمانه من الحياة الأسرية المستقرة، ويعرضه للاكتئاب والأمراض السيكسوماتية، ويتعرض الكثيرون من كبار السن لأعراض ما بعد الصدمة (PTSD (post-traumatic stress disorders بسبب موت الزوج أو الزوجة، والتي منها :التوتر والقلق والحزن والاكتئاب وأمراض القلب والصداع وارتفاع ضغط الدم والسكتة الدماغية، وغيرها من أمراض

الشيخوخة، التي تظهر عند كبار السن بعد موت الزوج أو الزوجة، ولا يسير حزن كبير السن في (صدمة وفاة الزوج أو الزوجة) في خط مستقيم، بل يزيد أحياناً وينقص أحياناً أخرى، ومع هذا يمكن تحديد أربع مراحل للحزن بوفاة الزوج أو الزوجة نلخصها في الآتي :

أ) مرحلة الذهول والتخدير Numbness :يحزن كبير السن حزناً شديداً بموت الزوج أو الزوجة، ويجهش بالبكاء، وهو غير مصدق بحادثة الموت، رغم مشاهدته لما حدث ومشاركته في إجراءات الدفن، لكنه لم يستوعب ما رآه ويعيش وكأنه في كابوس أو في حالة تخدير.

ب) مرحلة الشوق واللوعة Yearning :حيث يزداد حنين الزوج إلى الزوج الآخر المتوفى، ويحس بوجوده معه في كل مكان في البيت، ويتذكر حركاته، ويسمع صوته، ويراه في هيئات كثيرة، وقد يعاني من بعض الهلوسات السمعية والبصرية. ويشعر بالإحباط لفقد العزيز، ويلوم نفسه والآخرين بسبب التقصير في علاج الزوج المتوفى.

جـ) مرحلة التفكك واليأس Disorganization and dispaire :يحدث في هذه المرحلة تشويش في تفكير كبير السن، ويصبح غير قادر على التركيز، ولا يعرف كيف يواجه حادثة موت الزوج أو الزوجة، ويشعر بالعجز، والإحباط أمام صدمة الموت، ويزداد غضبه وحزنه واكتئابه وقد يشعر باليأس.

د) مرحلة استعادة التوازن والتقبل Reorganization :حيث يخرج كبير السن من الصدمة ويستوعبها، ويرضى بقضاء الله وقدره، ويقر

برحيل الزوج أو الزوجة، ويصبر ويحتسب، ويعود إلى التعامل مع أحداث الحياة بموضوعية وواقعية، ويذهب عنه الحزن والاكتئاب.

وتختلف قدرة كبار السن على الانتقال في مراحل الحزن من فرد إلى آخر، فالبعض ينتقل من مرحلة إلى أخرى بسرعة، ويخرج من صدمة الموت في عدة أيام أو شهور قليلة، والبعض الآخر قد يعيش في صدمة الموت لعدة شهور أو سنوات، ويتحول الحزن من حزن شديد طارئ إلى حزن مزمن chronic grief، يؤدي إلى اضطراب النوم وفقدان الشهية وزيادة التوتر والقلق والاكتئاب والشعور بالذنب واليأس، وضياع معنى الحياة. وقد تستمر أعراض ما بعد صدمة موت الزوج أو الزوجة لفترة طويلة، تعجل بأمراض الشيخوخة، وتسرع بموت الزوج الأرمل، ويكمن التحدي في وفاة الزوج أو الزوجة في قوة إيمان كبير السن، وقدرته على الصبر والاحتساب، والرضا بقضاء الله وقدره، ويساعده في ذلك مواساته ومساندته من الأهل والأصدقاء والجيران، وتشجيعه على تقبل حادثة الموت، وفهمها نفسياً ودينياً. فهي من الناحية النفسية حالة إحباط شديدة، وعليه أن يتحملها، ومن الناحية الدينية ابتلاء من الله، وعليه الصبر والاحتساب والرضا بالقضاء والقدر، فيسلم جسمياً ونفسياً في الدنيا ويحصل على الثواب من الله في الدنيا والآخرة. فقد قال الله تعالى {ولنبلونكم بشيء من الخوف والجوع ونقص من الأموال والأنفس والثمرات وبشر الصابرين. الذين إذا أصابتهم مصيبة قالوا إنا لله وإنا إليه راجعون. أولئك عليهم صلوات من ربهم ورحمة وأولئك هم المهتدون} سورة البقرة: آية (١٥٥ ـ ١٥٧). وقال رسول الله صلى الله عليه وسلم :(ما من مسلم تصيبه مصيبة فيقول ما أمر الله به. إنا لله وإنا إليه راجعون، اللهم أجرني في مصيبتي، وأخلف لي خيراً منها، إلا آجره الله في مصيبته خيراً منها) (رواه مسلم).

وإدراك كبير السن لمعنى الموت واجتهاده في الصبر والاحتساب في موت الزوج أو الزوجة ، قد يكون من عوامل زيادة ايمانه في مرحلة الكبر، وزيادة التزامه بالصلاة والصيام وسائر العبادات والمعاملات، حتى يأتيه اليقين.

(٩) ضغوط أحداث الحياة

ففي كثير من الحالات لا يستطيع الإباء المسنون الاندماج مع أسلوب حياة أبنائهم، وبدلاً من آن يشعر المسنون بالانتماء إلى الأسرة، فهم يشعرون بأنهم غرباء غير مرغوب فيهم، وعندما يضطرون للعيش مع الأبناء تدب المشاكل، بسبب ممارستهم للسلطة على الأبناء كما كانوا في الطفولة مما يشعر الأبناء بالاستياء(آبا الخيل، ١٩٩١، ص:٦٠ -٦٥) ويعاني المسنون من ضغوط أحداث الحياة، ونقص مهارات مواجهة تلك الأحداث، مما ينعكس عليهم في صورة اضطرابات نفسية ومشكلات في التوافق، وأن ضغوط أحداث الحياة ترتبط ببعض الاضطرابات عند كبار السن مثل الاكتئاب، والوحدة النفسية، والقلق، والأمراض السيكوسوماتية (زعتر، آبو الخير، ١٩٩٩، ص: ٢١٥)، (عبد الله، ٢٠٠٠، ص: ٣٨٦).

واهتمت دراسة شينكا وآخرون (Shinka,etal,2007,pp:281-289) بالتعرف على أاضطرابات الضغط الذي يحدث بعد الصدمة لدى كبار السن، وأظهرت أن تعرض كبار السن لإحداث صادمة في حياتهم تجعلهم عرضة للإصابة بالضغط النفسي مهما يؤثر على صحتهم الجسمية والنفسية.

وقام كوبمان وآخرون (Koopman,etal,1998,pp:101-111) بدراسة عن الدعم الاجتماعي، ضغوط الحياة، الألم، التوافق الانفعالي لفئة من النساء المسنات اللاتي يعانين من سرطان الثدي، وتوصلت إلى وجود تفاعل بين ضغوط الحياة والدعم الاجتماعي، وأن المفحوصات أظهرن اضطراب في المزاج خصوصا اللاتي تعرضن لقدر اكبر من ضغوط الحياة، وكان للدعم الاجتماعي دور هام في تخفيض الألم وضغوط الحياة لديهم، كما أظهرت الدراسة وجود علاقة بين ضغوط الحياة لدى المسنات والاضطراب الانفعالي لديهم.

بينما اهتمت دراسة بيكمان وآخرون (527-Beekman,etal,2000,pp:515) بالتعرف على عوامل المخاطرة التي تسبب القلق لدى كبار السن، والتي تمثلت في (عوامل الضعف، المستوى الصحي، المصادر الاجتماعية، ضغوط إحداث الحياة، ومشاكل أحداث الحياة السمعية والبصرية، وأظهرت النتائج أن تعرض المسن لمواقف بها خطورة تؤثر على حالته النفسية وخصوصا مستوى القلق.

وأشارت دراسة كورس وبوراسكي Krause&Boreski, 1994, (pp:251279) إلى أهمية تقديم الدعم الاجتماعي لكبار السن لزيادة قدرتهم على مواجهة أحداث الحياة الضاغطة وأسفرت نتائجها أن التدعيم الوجداني يساعد كبار السن في التكيف ومسايرة أحداث الحياة كما يحسن من قيمة الذات.

ويشير(عريقات، ٢٠٠٧، ص:٣ -٤) إلى أن الحالة النفسية لكبار السن تعتبر محصلة لعدة عوامل تؤثر عليه ايجابياً وسلبياً، ومنها الأحداث التي يمر بها المسن مثل الحالة الصحية –الحالة الزوجية –البيئة –الزواج – النجاحات والإخفاقات) وهذا ينعكس على المسن أما أن يواجهه تلك

الأحداث بواقعية ومنطقية فيرضى عن حياته ويتكيف معها ،وأما أن يتأثر بتلك الأحداث ويشعر بالدونية واليأس والحزن والتشاؤم ويصاب بأكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً في كبار السن وهو الاكتئاب.

وقد حدد هولمز وراهى في (عبد الفتاح، ١٩٩٩، ص:٣٠٢ -٣٠٨) عدداً من خبرات أحداث الحياة الضاغطة منها موت شريك الحياة، الطلاق، الإحالة للمعاش، الإصابة بالأمراض، تغير في الحالة المالية ، ويعتبر سيلي صاحب نظرية الضغط من الرواد في هذا المجال واقترح ثلاثة مراحل للضغط هي:مرحلة الإنذار -مرحلة المقاومة -مرحلة الإعياء. والمسن الذي يتعرض لأحداث الحياة الضاغطة أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية والاجتماعية.

(١٠) انخفاض الدخل

لانخفاض الدخل بالنسبة للمسن تأثير واضح على حياته الاجتماعية ، فأما أن يعيش في مستوى معيشي أقل،أو أن يضطر للإقامة مع أحد الأبناء، أو الإقامة في أحدى مؤسسات رعاية كبار السن،و هذا يجعل المسن مطالب بأنماط جديدة من السلوك يكون من الصعب عليه التكيف معها بسهولة ،وقد يمنع انخفاض الدخل اهتمام المسن بمظهره وملبسه وغذاءه نتيجة لانخفاض مستوى دخله ،وقد يؤدي ذلك بالمسن إلى الانسحاب الاجتماعي وعدم الانخراط مع الأصدقاء القدامى، خصوصاً في ظل التغيرات الجديدة وتخلى الأبناء عن الالتزام بالرعاية الكاملة للآباء (سالم، ١٩٩٧، ص:٣٠٩ -٣١١).

يواجه المسن مشاكل عديدة نتيجة انخفاض دخله، مما يضعف دورة الريادي كرب أسرة وتفاقم الأعباء الاقتصادية على عاتق المسن

وخصوصاً عندما لا يكون هناك إعداد لمستقبل مرحلة الشيخوخة، فتكون حياة المسن عسرة ومرهقة مما يسبب له مشاكل صحية ونفسية كثيرة (محمد، ٢٠٠٦، ص:٢٧).

وقد يكون انخفاض الدخل ناتج عن عدم القدرة على القيام بأي أعمال آضافية تتناسب مع حالة كل مسن و حسب طبيعة تعليمه وما لديه من مهارات، ويحتاج المسن غير القادر على العمل إلى وجود دعم مالي وصحي وهو من الوفاء للأفراد الذين قدموا لوطنهم الكثير ولحفظ كرامتهم فقال صلى الله عليه وسلم((إن من إجلال الله إكرام ذي الشيبة المسلم)) رواه أبو داود و البيهقي.

ويرى (اغا،د -ت،ص:١٧٠ -١٧١) أن تقاعد المسن عن العمل سواء كان ايجابياً أو اختيارياً يؤثر على مستوى معيشته وانخفاض دخله، خصوصاً وأن قيمة المعاش مع الزيادات الطفيفة السنوية لا تتناسب مع الارتفاع المستمر في الأسعار مما يشعره بعدم الأمن اقتصادياً في مواجهة تحديات المستقبل، ويجعل المسن يعاني من القلق ويجبره على تخفيض نفقاته إلى أقصى حد ممكن وينعكس عدم الأمن الاقتصادي لدى المسن في الصور التالية:

- الشعور بأنه عديم النفع وأنه سوف يكون عبئاً على الآخرين.
- تدهور صحته النفسية.
- تدهور صحته البدنية.

(١١) قلة الدعم الاجتماعي

إن قله الدعم الاجتماعي لكبار السن الذين هم في أمس الحاجة إلى المساندة والمساعدة و الرعاية من الأمور المهمة التي تؤثر على نفسية

المسن وحالته الاجتماعية والاقتصادية وبالتالي نظرته للحياة بوجه عام فقد أشار ورتز (Wirtz,2001) في دراسته عن العلاقة بين الاكتئاب في الشيخوخة ومؤشرات جودة الحياة ومستوى النشاط و المساندة الاجتماعية، وخلص إلى وجود ارتباط سالب بين اكتئاب الشيخوخة وجودة الحياة، آي أن نظرة المسن السلبية للحياة تؤثر علية وتعرضه للإصابة بالاكتئاب، والعلاقة أيضا بين اكتئاب الشيخوخة ومستوى النشاط والمساندة الاجتماعي والاستقلال الذاتي، باعتبار إن مستوى النشاط والمساندة الاجتماعي والاستقلال الذاتي مؤشرات للحياة الجيدة فإذا لم تتوفر أصيب المسن بالاكتئاب، واستخدام تلك المتغيرات كمنبئات للاكتئاب لدى كبار السن.

واهتمت دراسة هاداز و ميدلارسكي (Hadas&Midlarsky, 2000, pp:175-185) إلى معرفة إدراك المسؤولية والمساعدة للصحة النفسية لدى كبار السن الذين يعانون الألم النفسي والدين قبلوا أو رفضوا الإحالة للعلاج النفسي وتوصلت إلى إحساس الدين قبلوا الإحالة للعلاج بالتعويض أو التدعيم النفسي وخصوصا وان الميثاق الأخلاقي ارتبط مع زيادة المساعدة من المهنيين العاملين في مجال الصحة النفسية وغيرها من المساعدات الرسمية وغير الرسمية على حد سواء وتشجيع كبار السن على الاستفادة من خدمات الصحة النفسية.

وأشار بوكانون (Buchonon,1993) إلى آن معنى الحياة لدى كبار السن يمكن تحديده في مجموعة من المتغيرات مثل الجانب الروحاني، الأمل، الحالة الصحية، المساندة الاجتماعية وعلاقة تلك المتغيرات بالاكتئاب والانتحار وانتهت إلى وجود ارتباط سالب بين متغيرات معنى الحياة والاكتئاب.

وترى بوربانك (Burbank,1992,p:19-28) أن مصادر معنى الحياة الجيدة لكبار السن تنحصر في العلاقات الاجتماعية، وأن المساندة شيء محوري في حياتهم، وأن للأنشطة الترفيهية و الترويحية دور مهم في حياتهم، وأهميته المسكن والتعليم، الصحة.

(١٢) الاتجاه السلبي نحو ممارسة الأنشطة

مما لاشك فيه أن ممارسة الأنشطة والهوايات لكبار السن من الأمور التي تساعد على تحسين حالتهم النفسية والاجتماعية وتحسين ذاكراتهم والتغلب على وقت الفراغ، وهذا ما أشارت إليه دراسة ريفو وآخرون (Rovio,etal,2007,pp:874-882) عن النشاط البدني المتعلق بالعمل وخطورة العته ومرض الزهايمر في نهاية الحياة، وتوصل إلى أن النشاط البدني المرتبط بالعمل كافي للحماية أو الوقاية من العته ومرض الزهايمر في كبار السن. ويرى أن النشاط البدني يمكن أن يكون مفيداً حتى للأشخاص النشطين في العمل خصوصاً نشاط ممارسة المشي في الذهاب والعودة من العمل.

واهتمت دراسة بيلاند (Peland,2005,p:6) بمعرفة أثر برنامج للتمرين لمدة ست أسابيع على الصحة النفسية لدى كبار السن والتمرينات شملت (اليوجا -الاوكربات -المشي -الألعاب الاجتماعية) وكانت جلسات التمرين (٣٠) دقيقه ثلاثة أيام في الأسبوع، و أظهرت النتائج أن تكرار الضغط، شدة الضغط، القلق، الاكتئاب انخفض لدى كبار السن المشتركين في البرنامج وإن كانت مجموعة اليوجا هي الأفضل.

ويرى كالميجن (Kalmjin,2004,p:58) أن اتجاه كبار السن السلبي نحو ممارسة الأنشطة البدنية يؤثر على النواحي المعرفية ويؤدى إلى التدهور المعرفي لديهم، وبالرغم أن التدهور المعرفي لم يختلف بين كبار السن الذين مارسوا الأنشطة لمدة طويلة أو قصيرة،ومع ذلك فهناك حد أدنى لممارسة الأنشطة بحيث لا تقل عن (٦٠) دقيقة في اليوم الواحد ، وخلص أن نتيجة مؤداها أن ممارسة كبار السن للأنشطة حتى ولو بمعدل أقل نسبياً ربما يؤجل التدهور المعرفي لديهم،واهتمت دراسة بيثانى (Bethany,2005,p:8) بدراسة أثر التدريبات وممارسة الأنشطة على الضغط والقلق و الاكتئاب لدى عينة من كبار السن لمعرفة الآثار الناتجة عن الاتجاه السلبي نحو ممارسة الأنشطة والهوايات لكبار السن،و انحصرت الأنشطة والتمارين في (اليوجا -التمارين الرياضية -المشي -الألعاب الاجتماعية)وتوصلت أن لممارسة الأنشطة فوائد صحية منها(التقليل من خطر الوفيات المبكرة –أمراض القلب التاجية - القلق - الاكتئاب - ارتفاع ضغط الدم –أمراض السكري)وأدى ممارسة النشاط إلى تحسين الأداء المعرفي وعدم تراكم الدهون وتحسن في الجهاز العصبي.

(١٣) عدم القدرة على تعديل أهداف الحياة

من الأمور التي تواجه كبار السن هي عدم قدراتهم على تعديل أهدافهم في الحياة بما يتناسب مع ما وصلت إليه حالتهم والجسمية الفسيولوجية والمادية مما يؤدى إلى شعورهم باليأس والإحباط والجمود في التعامل مع الآخرين، وهذا قد يختلف من الرجال عن النساء حسب ادوار كل منهم في المجتمع وإدراكهم للدعم الاجتماعي وتحديد العلاقات المفيدة في البيئة،ومن لم يستطع أن يعيش حياته حسب قدراته وظروفه

سواء كان رجل أو امرأة قد تظهر عليه بعض الاضطرابات مثل تدني تقدير الذات، الاكتئاب، وقلق مرتفع، المحنه النفسية، ومقدرة اقل في العلاقات الاجتماعية(Wade&Rebecca,2005,p:267)، ويرى (عبد الفتاح، ١٩٩٩، ص:٢٧٩) أن الهدف هو نشاط أو حالة تشبع حاجات الفرد وهناك إمكانية لان يبدل الشخص هدفه إلى هدف أخر يحول من خلاله إشباع حاجاته أيضا.

ويغلب على الشخص المسن العزلة وقلة الاختلاط وقد يرجع ذلك إلى عدم توافق ما لديه من أراء وأفكار وأهداف مع ما لدى أبنائه وأحفاده فيحدث الصدام بين المسن والمحيطين به مما يعرضه لبعض الاضطرابات النفسية والاجتماعية التي قد تنتج من تسلطه وجموده وتمسكه بما لديه من أهداف وقيم قديمة مع عجز على تطويرها حتى تتواكب مع المرحلة الجديدة التي يعيشها(الصنيع، ٢٠٠٠، ص:٤٠٢)، فعندما لا يستطيع المسن بما لديه من خبرات وقدرات على معالجة الأمور بحكمة وثقة بالنفس، فقد يتأثر ببعض أطوار الاكتئاب النفسي كإحدى السمات الشائعة بين كبار السن (محمد، ٢٠٠٦، ص:٢٧).

فكبار السن يقاومون التجديد ويتعصبون للماضي، ويقاومون التغيير في أسلوب حياتهم، ويتمسكون بأشيائهم القديمة، ويغضبون من أبنائهم إذا أجبروهم على التخلص منها. وقد يؤدى ذلك بالمسن إلى تخلفه عن عصره وأنه رجعي في آرائه واتجاهاته، والجمود في التفكير، مما يوسع الفجوة بين جيله وجيل أبنائه (مرسى، ٢٠٠٦، ص :٥٧ – ٥٨).

فاهتم كانت وآخرون (Kant, et al.:1997,P.73-96) بالتعرف على أسلوب حل المشكلات الاجتماعية باعتبارها سبب الضغط المرتبط بالاكتئاب والقلق لدى عينة من كبار السن ومعرفة التوجه الايجابي

والتوجه الاندفاعي السلبي لحل المشكلات وخلصت إلى أن أصحاب التوجه الايجابي في حل مشكلاتهم الحياتية أفضل من أصحاب التوجه الاندفاعي السلبي، وارتبط الجمود بالفشل في حل المشكلات الأسرية والاجتماعية وظهور أعراض قلق واكتئاب.

وقام بلانك (Blank,2001) بدراسة الشيخوخة الناجحة في ضوء مؤشرات الرغبة في التغيير والتفكير أو التخيل في عكس الحقائق او الاتجاه، وتوصلت إلى وجود فروق بين من لديهم قدرة على التغيير ومن ليس لديهم تلك القدرة في مؤشرات الصحة النفسية والقدرة على الضبط الذاتي والتوجه للحياة، وتضمنت نواحي التغيير التعليم (٢٤٪)، الزواج (١٠٪)، العمل (٨٪)، الحالة المادية (٨٪)، ولم تظهر النتائج علاقة ذات دلالة بين نواحي التغيير والتصريح المخالف للواقع، وآيد وجهة نظرة من خلال عرضه لتصور النظرية المعيارية لدى كبار السن عند مقارنة ما حدث بالفعل وما يتوقع آن يكون قد حدث، فالفرق في الإدراك بسبب استجابة انتقالية تتأثر بالقوانين المعرفية مثل الندم، الارتياح، الإحباط، وارتباطهم بالاستجابات المزيفة للواقع.

وأشار لو ومولزان (Low & Molzahn ,2007,P.141-150) إلى آن هناك عدة مؤشرات يمكن التنبؤ من خلالها بجودة الحياة لدى كبار السن منها :قدراتهم على تطوير أهدافهم، والمعنى الايجابي للحياة في ضوء الصراع بين جيل كبار السن والشباب أو الأبناء، وقد أشار دراسة باهت ودرهرفرجن (Bhat &Dhruvarajan,2001,P.621-640) في معرفتها للتباعد بين الأجيال والتحديات والخيارات، وتأثير العولمة في هذا المجتمع المتغير اقتصاديا واجتماعا، والذي أدى بالجيل الصاعد بالبحث عن هوية جديدة تتضمن الاستقلال الاقتصادي وإعادة تحديد أدوارهم داخل وخارج الأسرة،

وخلصت إلى أن المفهوم التقليدي للمسؤولية والالتزام لصغار السن تجاه كبار السن قد تلاشى، حيث أن الجيل الأكبر محصور بين الانحطاط في القيم التقليدية الجديدة من ناحية وغياب نظام الضمان الاجتماعي الكافي من ناحية أخرى.

(١٤) التدين (الروحانية)

من المعروف أن الصحة النفسية ترتبط بالإيمان بالله وملائكته وكتبه ورسله واليوم الآخر والقضاء والقدر بخيره وشره فالأيمان عملية نفسية تنفذ إلى أعماق النفس وتحيط بجوانبها الإدراكية والوجدانية والنوعية وتبعث فيها يقينا لا يتزعزع بوحدانية الله والثقة في عدله وحكمته والرضا بقضائه وقدره والقناعة بعطائه فيقول الله تعالى{ إِنَّمَا الْمُؤْمِنُونَ الَّذِينَ إِذَا ذُكِرَ اللَّهُ وَجِلَتْ قُلُوبُهُمْ وَإِذَا تُلِيَتْ عَلَيْهِمْ آيَاتُهُ زَادَتْهُمْ إِيمَانًا وَعَلَى رَبِّهِمْ يَتَوَكَّلُونَ (٢) الَّذِينَ يُقِيمُونَ الصَّلَاةَ وَمِمَّا رَزَقْنَاهُمْ يُنفِقُونَ (٣) أُولَٰئِكَ هُمُ الْمُؤْمِنُونَ حَقًّا لَّهُمْ دَرَجَاتٌ عِندَ رَبِّهِمْ وَمَغْفِرَةٌ وَرِزْقٌ كَرِيمٌ (٤)}(سورة الأنفال، آية :٢ -٤).

ومما سبق يتبين أن الكفر والنفاق وضعف الإيمان يؤدى إلى وهن الصحة النفسية لأنها مرتبطة بالارتياب والزيغ والطمع والجشع وسوء الخلق والتحلير والعداوة والبغضاء والحسد والحقد والهم والقلق وكلها مشاعر مؤلمة نفسيا تؤدى إلى العديد من الاضطرابات النفسية للفرد (مرسى، ١٩٩٥ ، ص:١٣٣)، وهناك دراسات كثيرة ربطت بين التدين أو الأيمان والصحة النفسية وأظهرت نتائجها ارتباط التدين بالصحة النفسية الجيدة وعدم التدين بالاضطرابات النفسية ، لان ضعيف الإيمان ليس له

هدف رئيسي في الحياة ونظرته إلى فلسفة الحياة واتجاهاته نحو نفسه ونحو أسرته والعالم بأسره يسوده الخلل.

ومن هذه الدراسات دراسة تشاربلين و زيكا (Chamberlain & Zika,1992,P.141-142) والتي اهتمت بدراسة التدين والسعادة النفسية والمعنى في الحياة، ودراسة روس (Ross, 1990, P.:238-243) والتي هدفت للتعرف على العلاقة بين التدين والاضطراب النفسي وخلصت إلى أن الملتزم دينيا ابعد عن غيره من غير الملتزم دينيا في الإصابة بالاضطرابات النفسية، ودراسة (موسى، ١٩٩٣) والتي اهتمت بمعرفة اثر التدين على الاكتئاب النفسي وأظهرت نتائجها وجود علاقة بين انخفاض التدين أو البعد عن الدين والاكتئاب النفسي، وقام (خليل وآخرون، ١٩٩٤) بدراسة عن السلوك الديني لدى مدمني العقاقير والكحول، وتبين من خلالها إن المدمنين اقل ممارسة للدين وان ضعف الوازع الديني يؤدى إلى الوقوع في المعاصي واضطراب في العلاقات الأسرية والاجتماعية، واهتمت دراسة (الشويعر، ١٤٠٨ هـ) بمعرفة الإيمان بالقضاء والقدر وإثره على القلق النفسي، وتوصلت إلى وجود تأثير ايجابي للإيمان بالقضاء والقدر على انخفاض مستوى القلق، ودراسة (الصنيع، ١٤١٠ هـ) والتي اهتمت بدراسة مستوى التدين والسلوك الإجرامي وأظهرت الأثر الايجابي للتدين على السلوك الإجرامي، واهتمت دراسة (الشهري،١٤٠٦ هـ) بمعرفة العلاقة بين الالتزام الديني والاكتئاب النفسي، وخلص إلى وجود اثر ايجابي للالتزام الديني على انخفاض مستوى الاكتئاب.

ويعتبر البعد الروحي أحد الأبعاد الأساسية في الصحة النفسية عند الإنسان في مراحل العمر، ولكن هذا البعد له أهمية بالغة في مرحلة كبار السن، والتي تنتهي بالموت، والانتقال إلى جوار الله، ورغبة الكثير

منهم في عمل أشياء ترضى الله، وتزيد رصيدهم في أعمال الحلال والبعد عن المحرمات ولسان حالهم يردد حديث الرسول صلى الله عليه وسلم (خيركم من طال عمره وحسن عمله، وشركم من طال عمره وساء عمله). (مرسى، ٢٠٠٦، ص :٨٤ – ٨٥).

وتتصف مرحلة الشيخوخة لدى المجتمعات الإسلامية بقوة الجوانب الروحية والالتزام بتعاليم الدين والممارسة الدائمة لشعائره بصوره منتظمة، بل نجد أن الغالبية من كبار السن يجد أن التمسك بالتعاليم الدينية هو الملجأ والملاذ والمستقر من صخب الحياة الدنيوية بهمومها والتي شغلت حيزا كبيرا من مراحل عمره السابقة، والمسن الذي يجهل أو يغفل عن الالتزام الديني قد يعانى من الكثير من الاضطرابات النفسية والاجتماعية (الصنيع، ٢٠٠٠، ص٢٩٨، وفى دراسة لو ومولزن (Low & Molzahn, 2007, P.141-150) للتنبؤ بجودة الحياة لكبار السن، وأشارت النتائج إلى وجود عدة مؤشرات يمكن التنبؤ من خلالها بجودة الحياة لكبار السن منها المعنى الايجابي للحياة، الروحانية أو التدين.

الاتجاهات المستقبلية في رعاية كبار السن

هذه محاولة لاستيضاح الاتجاهات المستقبلية في الرعاية الشاملة لكبار السن، تتبع المنحنى الحيوي النفسي الاجتماعي biopsychosoical المتكامل، وتتبني نظرة متفائلة، مع ملاحظة أن ما نقوله اليوم ونرى انه مناسب يخضع للتعديل المستمر حسب المعطيات الكبيرة والمتغيرات الكثيرة في المستقبل، والذي يحمل في أفقه الكثير من التقدم العلمي التكنولوجي.

ويتبنى البعض نظرة مستقبلية متشائمة، ومما يرونه ما يلي:

- مع تزايد عدد كبار السن، سوف يكون لهم حقوق، وسيكون لهم جمعيات واتحادات وروابط وسيحققون مكاسب، فينشأ نوع جديد من الصراع بين جيل كبار السن والراشدين.
- قد تقل الموارد الطبيعية، ويأتي يوم يرى فيه الإنسان أخاه الإنسان يموت من الجوع أو المرض ولا يستطيع أن يساعده.
- قد يؤدى تلوث البيئة، التعرض للأمراض الفتاكة مثل الإيدز والسرطان، مما قد يؤدي إلى موت جماعي.

وإذا افترضنا أن رعاية كبار السن في الواقع تقييمها (حسن) فالمأمول أن يصل التقييم في المستقبل إلى (الأحسن). إننا نأمل ونتطلع إلى تحقيق ما يلي :

❖ زيادة متوسط عمر الإنسان مع تحسين جودة الحياة، حيث يتوقع أن يرتفع عدد كبار السن (فوق الستين) في العالم من(٦٠٠) مليون الآن إلى حوالي مليار نسمة عام ٢٠٢٠، وحيث من المتوقع أن يرتفع متوسط عمر الإنسان من ٦٤ عاما إلى ٧٢ عاماً. ويتطلع العلماء إلى الوصول إلى رقم ١٠٠ عام أو أكثر كمتوسط لعمر الإنسان قبل نهاية القرن الحادي والعشرين.

❖ معرفة المزيد من أسرار الشيخوخة البيولوجية وشيخوخة الخلايا.

❖ تقدم ونجاح مشروع الجينوم البشري (الجهاز الوراثي)، حيث تحليل شفرة الجينات ورسم خريطة مفصلة لجيناته، والاستفادة من الهندسة الوراثية، مما يغير الكثير من مفاهيم علم الحياة والطب الذي يتوجه مستقبلاً إلى منع ظهور الأمراض أكثر من علاجها، وخاصة ما يرتبط بالتشوهات الوراثية، حيث يتم قص الجينات غير المرغوب فيها وزرع جينات سليمة مما يطور العلاج الجيني، وتطول فترة الشباب، وتصبح مرحلة نهاية العمر أكثر صحة.

❖ تقدم عمليات زرع الأعضاء السليمة بدلاً من التالفة، مما يؤدى إلى تحسين الحالة الجسمية العامة.

❖ استخدام وسائل إليكترونية للمساعدة في تحسين وظائف أعضاء الجسم المتهالكة والحواس التي تحتاج إلى تقوية أو تعويض.

❖ الاهتمام بالوقاية والثقافة الصحية وحسن استخدام العقاقير.

- السيطرة على بعض الأمراض المزمنة في مرحلة الشيخوخة وربما القضاء عليها.
- تطور الرعاية الطبية، وتطبيق المزيد من التقنيات الطبية المتقدمة في علاج مشكلات كبار السن الصحية مثل : استخدام أشعة الليزر في العمليات الجراحية التي سوف تتم في وقت أقل وبألم محدود ومضاعفات لا تذكر وبنسب نجاح غير مسبوقة.
- تجدد الشباب في سن الشيخوخة، وتحسن القدرة الجنسية لكبار السن باستخدام الأجهزة والمقويات والعقاقير، فيتحول الضعف الجنسي إلى قدرة جنسية، ويقبل الكثيرون منهم على الزواج ربما من صغيرات في مرحلة الإنجاب.
- حدوث ترحيل في بداية هذه المرحلة العمرية ونهايتها، وحدوث تغيير في مظاهر النمو. فمثلاً قد تعتبر سن ٥٥ – ٧٠ مرحلة رشد متأخر أكثر منه مرحلة شيخوخة مبكرة، وتقسم مرحلة الشيخوخة التي تبدأ بعد هذه السن إلى مرحلتين فرعيتين نتحدث فيها عن المسن الصغير the young-old، والمسن الكبير the old-old في مرحلة الكهولة التي تختصر إلى أقل عدد من السنين.
- تحسن مسار النمو الحميد في معظم مرحلة الشيخوخة بصورة أفضل من ذي قبل.
- تحسن مفهوم الذات لدى كبار السن، وشعور المسن بأنه مازال ينمو . وأنه مازال يحقق ذاته حتى آخر يوم من عمره، وأنه يسيطر على الأمور بثقة وأمل، وأن مركز التحكم لديه داخلي.
- التخفف من الضغوط النفسية، وتجنب الاضطرابات المرتبطة بالشيخوخة.

❖ اعتبار مشكلات كبار السن مشكلات عامة يعانى منها الجميع أكثر منها مشكلات شخصية.

❖ وجود كوادر متخصصة في الإرشاد النفسي لكبار السن.

❖ زيادة الاهتمام في ميدان تنمية الإمكانات البشرية بمرحلة الشيخوخة حتى تصبح مرحلة إنجازات ومكاسب تستفيد من الحكمة الخبرة، وإشراك كبار السن في حلقات البحث والورش والندوات العلمية.

❖ زيادة الاهتمام بتنمية مهارات التعامل مع البيئة لإحداث أكبر قدر ممكن التوافق مع التغيرات الجديدة في مرحلة الشيخوخة.

❖ استمرار التعلم مع زيادة إمكانات وفرص التعلم الذاتي المستمر مدى الحياة عن طريق شبكة المعلومات الدولية (الانترنت) و ثورة المعلوماتية.

❖ قيام علماء النفس بتقديم فنيات متطورة لزيادة قدرة كبار السن على الأداء والتوافق.

❖ ارتفاع سن التقاعد، وهدم الحواجز النفسية بين الجماعات العمرية المتتالية، واستمرار المسن في العمل، أو بدء عمل جديد له — ولو بعض الوقت — بما يتناسب مع إمكاناته وخبراته بدلاً من حاجته وإعالته. ومن الأمثلة على ذلك احتفاظ الجامعة بالأساتذة الذين يبلغون السن القانونية تحت مسمي ((أستاذ متفرغ)).

❖ استمتاع المسن بوقت الفراغ، وممارسة الهوايات، وممارسة الرياضة المناسبة، والقيام بالأعمال التطوعية والروحانية.

❖ المرونة والقابلية للتوافق مع التغير الاجتماعي السريع الذي يشهده المسنون حتى في السنوات الباقية من أعمارهم.

❖ احتفاظ المسن بالقدر اللائق من مكانته الاجتماعية.

❖ تكوين جمعيات واتحادات لكبار السن ترعي حقوقهم وتحافظ على مكاسبهم.

❖ إنشاء مراكز للرعاية المتكاملة لكبار السن لتقديم الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية

❖ إنشاء مجلس أعلي لرعاية كبار السن يتبع وزارة الشئون الاجتماعية، على غرار مجلس رعاية الطفولة والأمومة.

❖ تقديم نظام شامل للرعاية الاجتماعية المنزلية لكبار السن للقضاء على الشعور بالوحدة.

❖ تقبل فكرة إيداع المسن شديد المرض في مؤسسة رعاية متكاملة مستمرة متخصصة لا تستطيع الأسرة العادية تقديمها.

❖ زيادة الاهتمام بكبار السن في وسائل الإعلام.

فحينما يزداد تطور وازدهار علوم الشيخوخة، وحينما يتم تحقيق ما يصبو إليه العلماء و تحقيق مطامحهم، فان كبار السن سيحيون حياة طويلة طيبة، ويتحقق أفضل مستويات التوافق والصحة النفسية، ويعيش المسن خير سني العمر دون المعاناة من الاضطرابات بإذن الله (زهران، ٢٠٠٠، ص:٢ - ٥).

تعليق عام

من خلال العرض السابق للأدبيات والدراسات العربية والأجنبية التي اهتمت بدراسة كبار السن يمكن استخلاص مجموعة من الاستنتاجات وهى:

- المسنون فئة لا يستهان بها تحتاج إلى الرعاية والدعم، وهم في ازدياد مستمر . وهم في الغرب أكثر عددا من الشرق.

- الإسلام منهاج وطريق صائب لرعاية كبار السن وحمايتهم من الاضطرابات لو طبق بشكل صحيح.
- مرحلة كبار السن مرحلة انحدار وتدهور واضمحلال في كافة الوظائف الجسمية والبيولوجية والفسيولوجية والنفسية والاجتماعية.
- مشاكل كبار السن متعددة منها ما يتصل بالجانب الجسمي والبيولوجي والفسيولوجي والنفسي والاجتماعي.
- تبذل كل الدول الغربية والعربية الجهود الحثيثة لرعاية تلك الفئة والاهتمام بها.
- هناك عوامل للصحة النفسية لكبار السن نوصى بالعمل على تفعيلها مثل (المشاركة الاجتماعية والدعم الاجتماعي – ممارسة الهوايات – الاستفادة من خبرات الماضي – فعالية العلاقة بالعالم الخارجي – المستوى الاجتماعي والاقتصادي الجيد – الثقافة ومستوى التعليم – التكيف – الرضا عن الحياة – الاهتمامات وإشباعها بشكل مناسب – توفير الرعاية الصحية الجيدة).

وهناك عوامل أخرى تؤدى إلى ظهور الاضطرابات لدى كبار السن يجب تجنبها مثل (الوقاية والعلاج والمتابعة للأمراض المزمنة – متابعة تدهور الوظائف البيولوجية والفسيولوجية وعلاجها – تدهور الأداء المعرفي – الوحدة النفسية – فقدان العمل أو التقاعد – نمط الحياة الروتيني – العجز وصعوبة التنقل والحركة – فقدان الزوج – ضغوط أحداث الحياة – انخفاض الدخل – قلة الدعم الاجتماعي – الاتجاه السلبي نحو ممارسة الأنشطة – عدم القدرة على تعديل أهداف الحياة – الجانب الروحاني).

- أكثر الاضطرابات شيوعا لدى فئة كبار السن هي(الخرف والعته والزهايمر – القلق – الاكتئاب – اليأس – الإحباط – سوء التوافق النفسي – الإدمان – الانتحار – الجمود – عدم تقبل الذات – الاضطرابات المزاجية).
- تعد الاضطرابات السابقة أكثر شيوعا لدى الرجال مقارنة بالنساء.

المراجع

أولاً: المراجع العربية

القرآن الكريم.

أبا الخيل، راشد محمد (١٩٩١): الشيخوخة ومراكز العناية بالمسنين في العالم، نموذج مركز اجتماعي صحي للمسنين في المملكة العربية السعودية، رسالة دكتوراه، جامعة بوسطن، الولايات المتحدة الامريكية.

ابراهيم، سيد سلامة، ١٩٩٧، رعاية المسنين، الجزء الثاني، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الإسكندرية.

إبراهيم، عبدالستار، ١٩٨٨، علم النفس الأكلينكي مناهج التشخيص والعلاج النفسي، دار المريخ للنشر، الرياض.

آبو زيد، محمد (٢٠٠٠): أحلى سنوات العمر شباب على طول، كيف تصبح شابا بعد الستين، القاهرة، مطابع الاهرام.

احمد، سهير كامل (١٩٩١): البناء النفسي القائم وراء (زنا الزوجات) دراسة اكلينيكية. مجلة دراسات نفسية، مج(١)، ع(١)، ١٥ - ٤٢.

احمد، سهير كامل (١٩٩١): الحرمان من البيئة الطبيعية وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنات بدور الرعاية الخاصة، مجلة دراسات نفسية، المجلد ٤، العدد١، ص :٥٧١ -٦٠٤.
احمد، سهير كامل (١٩٨٧):دراسة عبر ثقافية عن الاكتئاب والانطواء الاجتماعي لدى المسنين المتقاعدين في البيئتين المصرية والسعودية، دراسات تربوية، المجلد الثاني، الجزء السابع، ص : ٢١٨ -٢٤٨.
الأحمد، عبد العزيز عبد الله (١٤٢٧ ه): " مفهوم الصحة النفسية " من وجهتي نظر الإمام ابن القيم الجوزية رحمه الله والدراسات النفسية الحديثة. رسالة ماجستير غير منشوره، كلية التربية، جامعة أم القرى.
آسعد، يوسف ميخائيل، ٢٠٠٠، رعاية الشيخوخة، دار غريب، القاهرة.
إسماعيل، عزت، ١٩٨٣، الشيخوخة، أسبابها مضاعفاتها الوقاية والاحتفاظ بالشباب، وكالة المطبوعات، الكويت.
الأشقر، مريم (٢٠٠٥): معوقات الشيخوخة وكبار السن، ، ندوة رعاية المسنين، الجمهورية العربية السورية، وزارة التعليم العالي، المجلس الأعلى لرعاية الفنون والآداب والعلوم الاجتماعية.
الأشول، عادل عز الدين، ١٩٨٧، موسوعة التربية الخاصة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
الأشول، عادل عز الدين، ١٩٩٨، علم نفس النمو من الجنين إلى الشيخوخة، الأنجلو المصرية، القاهرة.
أغا، كمال الدين عبد المعطى (د.ت): التقدم في السن، دراسات اجتماعية نفسية، الكويت، دار القلم.

آلعبيدي، إبراهيم (١٩٨٨):التقييم الذاتي للحالة الصحية بعد التقاعد والخصائص الاجتماعية و الديموغرافية للمتقاعد، مجلة العلوم الاجتماعية، الكويت، المجلد (١٦)، العدد الرابع، ص ص:٤٧ -٦٣.

آمل، بسمه (٢٠٠٧): المسنون العرب. قصصهم متشابهة ومعاناتهم مشتركة، قطر، وزارة التعليم العالي، ندوة المسنين ورعايتهم.

الأنصاري، سمير، ٢٠٠٤، المرجع الشامل في علاج أمرا ض الشيخوخة، طب عين شمس، القاهرة.

باظة، آمال عبد السميع (٢٠٠٠): رؤية نفسية لرعاية المسنين، النفس المطمئنة.مجلة الطب النفسي الاسلامي، السنة(١٥)، العدد(٦١)، ص: ١٩ - ٢٦.

بانوب، سمير نجيب (٢٠٠٢): رعاية كبار السن. تجربة من الأمم المتحدة، مجلة الاقتصادي، السنة (١٢٦)، العدد(١٧٧٠).

البنا، إسعاد عبد العظيم (١٩٩٠): دور الأدعية والأذكار في علاج القلق كأحد طرق العلاج النفسي الديني. الجمعية المصرية للدراسات النفسية، المؤتمر السنوي السادس لعلم النفس في مصر، الجزء الأول، ص: ٢٢٣ - ٢٦٥.

جاد، السعيد على (١٩٩٧) : الاهتمامات التربوية للكبار المسنين ومدى تلبيتها، دراسة ميدانية على بعض دور المسنين في مصر، مجلة كلية التربية جامعة الأزهر، العدد (٦٥)، ص : ١٩٥ – ٢٤٦ .

جلال، سعد (١٩٨٦): في الصحة العقلية، الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية، القاهرة، دار الفكر العربي.

جنيد، منال (١٩٩٤): التكيف القيمي، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق.

الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء (٢٠٠٥):حالة السكان في مصر - القاهرة.

حسن، كريمة محمود (١٩٨٧): الاتجاه الديني وعلاقته بالتوافق الشخصي والاجتماعي لدى طلاب الجامعة من الريف والحضر. رسالة ماجستير غير منشوره، كلية التربية بالمنوفية.

حسن، علي حسن (١٩٩٠): الدين ودافعية الإنجاز: دراسة نفسية مقارنة لمستوى الانجاز. مجلة المسلم المعاصر، ع ٥٥/٥٦ .

حمادة، عبد المحسن عبد الحميد (١٩٩٢): التوجه نحو التدين وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية – الاجتماعية. رسالة ماجستير غير منشوره، كلية التربية، جامعة الازهر.

خليفة، عبد اللطيف محمد (١٩٩٧) : دراسات في سيكولوجية المسنين، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر.

خليفة، عاطف ؛ ومخلوف، محمد، ٢٠٠١، ديموجرافية المسنين وانعكاساتها الاجتماعية والاقتصادية في الدول العربية والإسلامية، تقرير الندوة الفقهية الثانية عشر، تحرير د. أحمد رجائي الجندي (ج١)، منشورات المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية من ١٥٩ -٢٠٥.

خليل، ألهام عبد الرحمن: الشناوي، آمينة إبراهيم (٢٠٠٥): الإسهام النسبي لمكونات قائمة بار – اون لنسبة الذكاء الوجدانى فى التنبؤ بأساليب المواجهة لدى طلبة الجامعة، مجلة دراسات نفسية، ج(١٥)، ع(١)، ص: ١٠٢ - ١٢٤.

خليل، محمد سيد؛ المهدي، محمد؛ نصير، عماد (١٩٩٤): السلوك الديني لدى مدمني العقاقير الكحول، مجلة دراسات نفسية،ع(٤)، مج (٤)، ص: ١١٢ - ١٥٤.

خليل،يحيى حسن (١٣٩٩هـ)هل الشيخوخة علم أم فلسفة،المجلة الطبية السعودية، العدد٨.

خليل، آمال عبدالرحمن، ٢٠٠٣، الأمراض الشائعة لدى المرأة المسنة، تقرير المؤتمر الرابع لرعاية المسنين، بجامعة حلوان، ص ٢١٥ - ٢٢٧.

الديب، علي محمد (١٩٨٨):العلاقة بين التوافق والرضا عن الحياة لدى المسنين وبين استمرارهم في العمل، مجلة علم النفس، العدد((٧)) ص:٤٥ -٥٩.

رمضان، ميرفت عبد الحليم (١٩٨٤):صراع الدور لدى بعض المسنين وعلاقته ببعض المتغيرات الاجتماعية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية البنات، جامعة عين شمس.

رويحة، أمين، ١٩٧٢، شباب في الشيخوخة، دار القلم، بيروت.

الزراد، خير (٢٠٠١): الرعاية الأسرية للمسنين في دولة الإمارات (دراسة نفسية - اجتماعية - ميدانية)على عينه من اسر المسنين في دولة الأمارات.مجلة الثقافة النفسية المتخصصة العدد، ٤٧، المجلد، (١٢)، ص: ٤٧ - ٦٨.

زعتر، محمد عاطف : أبو الخير، محمد سعيد (١٩٩٩)ضغوط أحداث الحياة وعلاقتها بالاتجاه نحو الحياة لدى المتقاعدين عن العمل، المؤتمر الدولي للمسنين، مركز الإرشاد النفسي، كلية الطب، جامعة عين شمس، ص ص:١٨١ -٢١٩.

زكي جمال، ٢٠٠١، الأمراض الثلاثة، العته والاكتئاب والهذيان، دليل مرض الزهيمر، تقرير الندوة الفقهية الثانية عشرة، تحرير د. أحمد رجائي الجندي (ج٢) منشورات المنظمة الإسلامية للطب الإسلامي، ص ٥١٥ -٦٠٩.

زهران، حامد عبد السلام (٢٠٠٢): التوجيه والإرشاد النفسي، القاهرة، عالم الكتب.

زهران، حامد عبد السلام (٢٠٠٠) :المسنون في العالم العربي : الواقع والمأمول في مطلع ألفية ثالثة، ورقة عمل مقدمة، المؤتمر الاقليمى الأول لرعاية المسنين، جامعة حلوان.

زهران، حامد عبد السلام (١٩٧٨): الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة، عالم الكتب.

سالم، محمد المصيلحي (١٩٩٧): المشكلات التربوية للمسنين في مصر، دراسة ميدانية. مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر، العدد(٦٨)، ص: ٣٠٥ - ٣٩٤.

سوين، ريتشارد، م.، ١٩٧٩، علم الأمراض النفسية والعقلية، ترجمة، أحمد عبدالعزيز سلامة، دار النهضة العربية، القاهرة.

السيد، فؤاد البهي (١٩٧٥):الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة، القاهرة، دار الفكر العربي.

الشربيني، لطفي عبد العزيز (د. ت): أسرار الشيخوخة – مشكلات المسنين وكيفية العلاج، بيروت، دار النهضة العربية.

الشرقاوي، مصطفى خليل (١٩٨٥): الحس الديني لدى العصابيين والعاديين في مرحلة المراهقة، مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر، العدد(٥)، ص: ٢٢– ٦٥.

الشهري، سالم سعيد سالم (١٤١٦هـ):الالتزام الديني في الإسلام وعلاقته بالاكتئاب النفسي لدى عينه من طلاب جامعة ام القرى٠ رسالة ماجستير غير منشوره،كلية العلوم الاجتماعية بالرياض، جامعة الإمام محمد بن سعود٠

الشويعر، طريفة سعود (١٤٠٨هـ): الإيمان بالقضاء والقدر وأثره النفسي على القلق النفسي، جده، دار البيان العربي للطباعة والنشر٠

صادق، آمال مختار (٢٠٠٦): مركز الرعاية الصحية والاجتماعية للمسنين بجامعة حلوان، الوضع الراهن ونظرة مستقبلية، جامعة حلوان، المؤتمر الإقليمي العربي السادس لرعاية المسنين في الفترة من ١٧ - ١٨ ابريل، ص: ٣٥ - ٤٣.

صادق، آمال ؛ وأبو حطب، فؤاد، ١٩٩٠، نمو الإنسان من مرحلة الجنين إلى مرحلة المسنين، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

الصنيع، صالح إبراهيم (٢٠٠٠): التدين والصحة النفسية، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر.

الصنيع، صالح إبراهيم (١٤١٠هـ):العلاقة بين مستوى التدين والسلوك الإجرامي. رسالة دكتوراه غير منشوره، جامعة الإمام بن سعود٠

الطحان، فيصل هيثم (٢٠٠٠): الأمراض التي تصيب المسن ((الزهايمر))ندوة رعاية المسنين، الجمهورية العربية السورية، وزارة التعليم العالي، المجلس الأعلى لرعاية الفنون والآداب والعلوم الاجتماعية.

عاشور، عبدالمنعم، ٢٠٠٣، الزهيمر والنساء، تقرير المؤتمر الرابع لرعاية المسنين، عقد بجامعة حلوان، القاهرة، في الفترة من ١٢ -١٤

أكتوبر سنة ٢٠٠٢ ، بعنوان المرآة المسنة في العالم العربي ص ٤٣ - ٤٤.

عباس، صافيناز عادل، ١٩٩٥ ، النوع والإقامة بدور المسنين ودورهما في تباين بعض المتغيرات النفسية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الآداب، جامعة طنطا.

عبد الباقي، سلوى محمد (١٩٨٥):العزلة الاجتماعية عند المسنين وعلاقتها بالاكتئاب النفسي، مجلة كلية التربية ، جامعة عين شمس، العدد التاسع، ص :٧ -٣٠.

عبد الحميد ، نبيل (١٩٨٧):العلاقات الأسرية للمسنين وتوافقهم النفسي، القاهرة، الدار الفنية للنشر والتوزيع.

عبد العاطى، مصطفى (٢٠٠٤): التامين الصحي وخدمات تقديم الرعاية الطبية للمسنين في مصر ، جامعة حلوان، المؤتمر الإقليمي العربي الخامس لرعاية المسنين ((الرعاية المجتمعية للمسنين بين الحاضر والمستقبل في الفترة من ١٠ -١٢ آكتوبر ، ص ص ٣٧ -٤١.

عبد الفتاح، ليلى (١٩٩٦) : متاعب الشيخوخة ، كيف يمكن مواجهتها٠ المجلة الطبية، العدد ، ٩٥، ص : ١٩ - ٢٢.

عبد الله، هشام إبراهيم (٢٠٠٠):العلاقة بين أساليب مواجهة ضغوط الحياة والشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من المسنين، بحوث المؤتمر الثامن المركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ص:٣٥٥ -٣٩٩.

عبد المعطى، حسن مصطفى (٢٠٠٥): سيكولوجية المسنين، القاهرة، مكتبة ، جده، دار دار البيان العربي للطباعة والنشر.

عبد المعطى، حسن مصطفى؛ حسين، راوية محمود (١٩٨٨):مستوى القلق لدى المسنين، المؤتمر الطبي السنوي الحادي عشر، القاهرة، كلية الطب جامعة عين شمس٥ -٨مارس، ص ص:٥٢ -٨٢.

عبد المنعم، نشوه محمد (٢٠٠٢) تأثير برنامج مقترح للاسترخاء على مستوى القلق لدى كبار السن.جامعة حلوان، المؤتمر الإقليمي العربي الثالث لرعاية المسنين (الجودة الشاملة في رعاية المسنين) في الفترة من ٢٧ -٢٨ أكتوبر، ص ٤٥٥ - ٤٧٥.

عبدالرحيم، طلعت حسن، ١٩٨٧، الأسس النفسية للنمو الإنساني، دار القلم للنشر والتوزيع، الكويت.

عبدالغفار، عبدالسلام، ١٩٨١، مقدمة في الصحة النفسية، دار النهضة العربية، القاهرة.

عبدالقادر، بدر، ٢٠٠١، هشاشة العظام، الأسباب والوقاية والعلاج، تقرير الندوة الفقهية الثانية عشر، تحرير د. أحمد رجائي الجندي، ص ٦٢٥ -٦٣٣.

عبدالله، آمال عبدالرحمن خليل، ٢٠٠٢، الرعاية الطبية الشاملة، المؤتمر الإقليمي العربي الثالث لرعاية المسنين، وموضوعه (الجودة الشاملة في رعاية المسنين) في الفترة ٢٧ -٢٨ أكتوبر ٢٠٠٢، مركز الرعاية الصحية والاجتماعية للمسنين، جامعة حلوان، مصر.

عبدالله، سهير محمود أمين، ١٩٩٩، فاعلية برنامج إرشادي لتخفيف الشعور بالوحدة النفسية لدى المسنين المقيمين في دور طب المسنين، جامعة عين شمس، القاهرة.

عريقات، أسامة (٢٠٠٧): الحالة النفسية عند المسنين، المملكة العربية السعودية ،ورقة مقدمة إلى مستشفى الصحة النفسية ببريده.

عفيفي، ألهام (١٩٩٠): المرآة المسنة في المجتمع المصري، دراسة عن المرآة بعد سن الستين، القاهرة، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.

عمران، كامل محمد (٢٠٠٠): الاتجاهات المستقبلية لرعاية المسنين، ندوة رعاية المسنين، الجمهورية العربية السورية، وزارة التعليم العالي، المجلس الأعلى لرعاية الفنون والآداب والعلوم الاجتماعية.

عيسوى، عبد الرحمن (١٩٨٩): اضطرابات الشيخوخة وعلاجها، مع دراسة حول دورا لشيوخ في معركة التنمية. بيروت، دار النهضة العربية.

غريب، غريب عبد الفتاح (١٩٩٩): علم الصحة النفسية، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.

الفحل، نبيل محمد، ١٩٩٠، بعض متغيرات الشخصية وارتباطها بالاكتئاب لدى المسنين من الجنسين، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة طنطا.

فكري، عصام (١٩٨٨):علم الشيخوخة، مجلة عالم الفكر، المجلد السادس، العدد الثالث ص:١٣ -٤٦.

فهمي، محمد سيد (١٩٩٥): الرعاية الاجتماعية لكبار السن، الإسكندرية، دار المعرفة.

فهمي، مصطفي (١٩٧٦): الصحة النفسية : دراسات في سيكولوجية التكيف، القاهرة، مكتبة الخانكي.

فوزي، منير حسين (١٩٨٢): العلوم السلوكية والإنسانية في الطب، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية

القباني، جيلان صلاح الدين (٢٠٠٤):العلاقات الأسرية والبيئية المنزلية للمسنين، جامعة حلوان، المؤتمر الإقليمي العربي الخامس لرعاية المسنين (الرعاية المجتمعة للمسنين بين الحاضر والمستقبل) في الفترة من ١٠ -١٢ أكتوبر، ص ص ١١١ -١٢٤.

القش، أكرم محمد (٢٠٠٠): الخصائص الديموغرافية في سورية والعالم في ظل التغيرات النوعية للتركيبية العمرية للسكان. ندوة رعاية المسنين، الجمهورية العربية السورية، وزارة التعليم العالي، المجلس الأعلى لرعاية الفنون والآداب والعلوم الاجتماعية.

قناوي، هدى محمد (١٩٨٧): سيكولوجية المسنين، القاهرة، مركز التنمية البشرية و المعلومات.

ليند زاي، س.ل.، بول، ج.ي، ٢٠٠٠، مرجع في علم النفس الأكلينكي للراشدين، ترجمة، صفوت فرج، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

المبيض، مأمون، ٢٠٠١، الآثار النفسية والاجتماعية المترتبة على زيادة عدد المسنين في المجتمع - تقرير الندوة الفقهية الثانية عشر، تحرير د. أحمد رجائي الجندي (ج١)، منشورات المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية ص٢١١ -٢٦٥.

مجمع اللغة العربية (١٩٩٠): المعجم الوجيز، القاهرة، مطابع وزارة التربية والتعليم.

محمد، محمد نجيب عبد الفتاح (٢٠٠٦): اقتصاديات خدمات الرعاية لمرضى الزهايمر، أضواء على ظاهرة التعمير السكاني بالتركيز على مرض الزهايمر، أمثلة لبعض الدول الروبية والعربية، جامعة

حلوان، المؤتمر الإقليمي العربي السادس لرعاية المسنين في الفترة من ١٨ -١٧ ابريل ص ص: ٢٥ -٣٢.

محمد، محمد محمود، ١٩٩٦، علم النفس المعاصر في ضوء الإسلام، دار الشروق، جدة.

محمود، محمد يوسف محمد (٢٠٠٣): قلق الموت وعلاقته بالرضا عن الحياة لدى المسنين ذوى التوجه الديني (الحقيقي – الظاهري).مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر، ع(١٠٢)، ص: ١٩٥ - ٢٤٦.

مرسى، كمال إبراهيم (٢٠٠٦) : كبار السن ورعايتهم في الإسلام وعلم النفس، الكويت، دار القلم.

مرسى، كمال إبراهيم (١٩٩٥):المدخل إلى علم الصحة النفسية، ط٢، الكويت،دار القلم.

مكاوي، عاطف مصطفى (٢٠٠٦): تخطيط خدمات الرعاية الاجتماعية لمرضى الزهايمر، جامعة حلوان، المؤتمر الإقليمي العربي السادس لرعاية المسنين في الفترة من ١٨ -١٧ ابريل، ص :٤٤ -٦٠.

ملحم، سامي محمد، ٢٠٠٤، علم نفس النمو (دورة حياة الإنسان) دار الفكر، عمان، الاردن.

منسي، محمود عبدالحليم ؛ فكاري، نبيلة ميخائيل : المغربي، محمد محمد عباس، ٢٠٠٠، علم نفس النمو، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية.

موسى، رشاد عبد العزيز (١٩٩٣): اثر التدين على الاكتئاب النفسي، القاهرة، مؤسسة مختار.

موسى، رشاد عبد العزيز (٢٠٠٢): علم أطوار الإنسان، القاهرة، دار النفيس.

نجاتي، محمد عثمان (١٩٨٤):علم النفس في حياتنا اليومية، الكويت، دار القلم.

الهاشمي، عبدالحميد، ١٩٩٠، علم النفس التكويني، أسسه وتطبيقه من الولادة إلى الشيخوخة، دار الهدى للنشر والتوزيع، الرياض.

الهجرسى، سامية (٢٠٠٤) : الاستثمار و التنمية البشرية للمسنين من منظور رياضي، جامعة حلوان، المؤتمر الإقليمي العربي الخامس لرعاية المسنين " الرعاية المجتمعة للمسنين بين الحاضر و المستقبل" في الفترة من ١٠ -١٢ أكتوبر ص : ١٢٥ – ١٣٢.

الوزنة، طلعت حمزة، ٢٠٠٠، أرقام وحقائق عن المسنين في العالم، وكالة وزارة الشؤون الاجتماعية بالمملكة العربية السعودية، الرياض.

الوزنة، طلعت حمزة، ١٩٩٥، إعادة تأهيل المسنين المصابين بالشلل الرعاش، وكالة وزارة العمل والشئون الاجتماعية، الإدارة العامة للخدمات الطبية، الرياض.

ثانياً: المراجع الأجنبية

Abraomson, J.(2005):Sources of aging anxiety in the Non-elderly population the importance of images, perceptions, and social resources.Unpublished Ph.D. faculty of the Graduate school, university of Southern California.

Aici, J,& Munro,S(2006) : Factors influencing acuity within inpatient mental health care. *J.of psychiatric Intensive care*, 2. 90- 96.

Aicl, M., Tilburg,T., Smits,C. & Knipscheer,K. (2007): Does widowhood affect memory performance of older persons. *Psychological Medicine*,. 35, 217-226.

Anderw,A.& Dulin,A.(2007) The relationship between self reported health and mental health problems Among older adults in new Zealand :Experiential Avoidance as a moderator *"aging &Mental Health*,11,(5), 596-603

Angel,L.(2003)prevalence of and factors associated with depression among Community elderly people, using The mobile health clinic.Unpublished MS, Faculty of Medicine,University of Taxis at Austin.

Anonymous,l,(2006): Aging economic impact, censuses, social Conditions & trends, health,Finance. *Network Journal*,13, 9, 24 – 25.

Atchley, R. (1985): Social Forces and Aging. Selont: wodsworth, Inc.

Barbaresch i, G, sanderman,R, Tuinstra,J, sonderen, E. & Ranchor, A. (2007): A prospective study on educational level and adaptation to cancer, within one year after the diagnosis, in an older population. *Psycho-oncology*, 10, 1243-1252.

Baron, A.B. &Kalsher,J.M.2002, Essentials of psychology.(3rd ed) Boston : Allyn and Bacon.

Barrow, G. (1986): the individual and society. New York : Holt, Rinehart and Winston.

Beekman, A. ; Artjan, T.F. ; De Beurs, Edwing ; van Balkom, Anton, J.L. ; Deeg, Dorly, J.H. ; Van Dyck, Richard ; van Tiburg, Willem. 2000. anxiety and communality of risk. vol. 157 (1), : 89-95 American psychiatric assn, us.

Beekman,B.,Dyck,D. & Tillburg,V.(2000)Predictors of change in anxiety symptoms of older Persons : Resuls from the

Beland,A..(2005):The effect of spirituality and social factors on depression and anxiety and anxiety elderly retirement home population. Unpublished Ph.D. University of Taxis at AUSTINO.

Benton, A.L. ; 1977, Interactive effects of age and brain disease on reaction time. archives of neurology. 34 pp. 369-370

Berg, G. 2001, the fearless caregiver : how to get the best for loved one. Virginia : capital books inc.

Berger, K. 1998. the developing person through the life span. 4th edition. new York : worth publishers.

Bergua,V.,Fabrigoule,C.,Gateau,P.,dartigues,T.,Swendsen,J..& Bouisson, T.(2006):Preference for routines in older people: associations with cognitive and psychological vulnerability.*International J. of Geriatric psychiatry*,21,990-998.

Bethany,k.(2005): the effects of selcted exercise modalities on stress, anxiety, and depression responses in the elderly.Unpublished MS, University of South FLORIDA..

Bhat, A.& Dhruvarajan, R. (2001): ageing in India: drifting intergenerational Relation, challenges and options. *Ageing and society*,21, 621-640

Biringer, E., Mykletun, A., Dahl,A., Smith,A., Engedal,k., Nygaard,H.& Lund, A.(2005) :The association between depressed Anxiety and cognitive function in the elderly general population-the hoard land health study. *International J.of Geriatric psychiatry*,20,989,997.

Birren, I, (1975): " History of Gerontology " Aging: Scientific Perspective and Social Issues. New York:: Van Nastraru Company.

Blackmon,.A.(2006)Evaluation of a clinic – Based Fall prevention program for older adults with Balance disorders. Unpublished PhD. University of South Carolina.

Bots,S,Tijhuis, M., Giampaolis,S.,kromphout,D. Nissinen,A. (2007):lifestyle-and-diet-related factors In late –life depression-A5-year Follow-up of elderly European men: The fine study. *International J. of Geriatric Psychiatry*,10,1002,1017.

Bowling, A. & Gabriel, Z. (2007) : Lay theories of quality of life in older age. *Ageing & society*,27, 827-848.

Brooks, B., Iverson, G.,& white, T.(2007):substantial risk of "accidental MCI " healthy older adults : base rates of Low memory scores In neuropsychological assessment. *J. of the International Neuropsychological Society*,13,PP:490-500.

Buchonan,D.(1993) Meaning in life Depression and suicide in older adults: A comparative survey study, *D.A.I.*, 54, (8-B), 4075.

Buckwalter.,K.,Smith,M., Nelson,T.&kudart,P.(1988): Mental health of rural elderly Outreach program :A unique health care Delivery system. *American Society on Aging*, 34, 18-22

Burbank, p.(1992): An exploratory study: assessing the meaning of life among older adult's clients, *J. o F- Gerontological – Nursing*, 18, (12) 19 -28.

Chamberlain,K&Zika,S.(1992) : Religiosity and meaning of life. *Religiosity and Psychotherapy*.,18,(9) 41- 56.

Chan, S,Chien,W.,Thompson,D.Chiu,H..& Lam,L.(2006):Quality Of life measures for depressed and non depressed Chinese older people. *International J. of Geriatric psychiatry*, 21, 1086-1092.

Chance,P(2005): "Neuropsychiatry of old Age The mental health needs of older people with Leavning disability" *Reviews in Clinical Gerontontology*, 15, 245- 253.

Chatteron,L.; Hall,P. ; Tarrier,N. (2007): Cognitive therapy for low seft – esteem in treatment of depression in an older adult. *Behavioral and cognitive psychotherapy*,.35, 365-369.

Cole, M. (2002): Public Health Models of mental Health Care For Elderly Populations. *International Psycho geriatrics*, 14, 3 – 6.

Coon,D, Devries, H. & Thompson, D.(2004): Cognitive Behavioral Therapy with suicidal, *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 32,481 – 493.

Cox.,C.(1993):The Frail Elderly :Problems, Needs and Community Response.London: Westport, Connecticut.

Cushman,J.(2000):The effecty on memoryPerformance in the able elderly, Unpublished PhD. Submitted to Michigan State University.

Davidson, I.K. & Moore N.B. 1992. Marriage and family. Washington : Brown publ.

Davidson,k, Daly,T.& Areber,S.(2003) : Older men, social Integration and organizational activities. *Social policy &Society*,2,2,81-89.

Deluca.A...Lenze,E.,Mulsant,B.,Butters,M.,Karp,J.,Dew,M...,Pollock,B Shear, M.. houck, P.& Reynold,C.(2005):Co morbid anxiety disorder In late life depression: association with memory Decline over four years. *International J. Of Geriatric psychiatry*, 20,848-854.

Dennis,M.,Wakefiled,P.,Mollo.y,Andrews,H. & friedman, T. (2007): Astudy of self – harm in older people : metal disorder, social Factors and motiver. *Agoing & Mental Health*,. 11,(5) 520 – 525.

Dill, J. & Anderson, C. 1999. loneliness, shyness, and depression : the etiology and interrelationships of everyday problems in living in Thomas, L & James, C. (eds.) the interaction nature of depression. Washington, DC. American psychological association.

Ferraro,K,& Koch, J.(1994) : Religion and health among Black and White adults examining. *Social Support and Consolation*, 13,365- 372.

Flood,M.(2005)Promoting successful aging thornily creativity. Unpublished PhD. University of North the Carolina.

Florence, D. (2002): United Nations tackles issues confronting an ageing world population. *Psychology International*, 13, (13) 1- 3.

Frankel,S. &Hewitt,I.(1994) : Religion and wellbeing among Canadian University students : the role of faith groups on campus. *Ageing Society*, 16,46- 58.

Freeman, J, (1997): Aging: It's History and Literature. New York, Human Science Press. & psychological well – being, *J. of Gerontological – Nursing*, 18,19,41- 56..

Gabriel,Z & Bowlingmg, A (2004): Puality of life from the perspectives of older people. *Againg & society*, 24, 678-691.

Guin,B,(2002):Recent research on suicide in the eldery*J.of Current Psychiatry Reports*, 4(1)59 – 63.

Gwyther, L. 1985. care of Alzheimer patients. Chicago : Alzheimer association.

Hadas,A,. & Midarsky,E.(2000):Perceptions of responsibility and menal health help – seeking Among Psychologically distressed older adults*J.of Chinical Geropsychology*, 6(3)175-185.

Harrertation,T.(2004):The meaning of aging For women with childhood onset disabilities. Unpublished Ph.D.Univrersitey of Taxis Austin.

Heine,C. & Browning,c. (2004): The communication and Psychosocial Perceptions of older adults with sensory Loss: Agualitative study, *Ageing &Society*, 24, 113-130.

Henriksson,M,.Marttunen,M.,Isometsa,E,.Heikkinen,M,.Kuoppassalmi,A.,R klannqvist,J.(1995) International perspectives mental disorders in Elderly Suicide, *International Psycho Geriatrics*, 7,275-28.

Herlock, E.B. 1976. Development psychology. new Delhi : McGraw hill publ.

Hofer, J, Chasiotis, A & Campos,D.(2006): Congruence between social values and Implicit motives effects on Lift satisfaction across three cultures. *European of Personality*, 20, 305 – 324.

Holleran,M.(2007):Leadership and its relationship to culture in an aging services Provider organization a cast study utilizing flexible desing. Unpublished Ph.D. Capable University.

Holwerda, T., Schoevers, R., Dekker, T., Deeg, D., Jonker, C.& Beeknan, A.(2007) :the relationship between generalized Anxiety disorder, depression and mortality in Old age. *International J.of Geriatric psychiatry* 22,241-249-

Honaker,J.(2006)Ateam Approach risk of fuelling assessment and Remediation program for community Dwelling older Adults with a fear of falling and Balance Disrobers. Unpublished PhD. University of Cincinnati.

Hybels, C., Stiffens,D.,Mcquoid,D.& Krishnan,R,(2005);residual Symptoms in older patients treated for major depression.. *International J.of Geriatric psychiatry*,20,1196-1202.

Ichimiya, A, Igata,R.; Ogomori, K. ; Igata, T.(2005):The relationship between sleep disturbance and morale in Japanese elderly people. *International Psychogeriatrics*,17,443-449.

Ikeda,M. Ikui,A, Komiama, A,Kobayashi,D. &Tanaka,M. (2007): Causative Factors of taste disorders in the aldery, and therapeutic effects of zinc. *J. of laryngolog y& otology*, 10, 1984.

Kalmijn,S.(2004):Physical activity in relation to cognitive decline in elderly men: the fine study. *Neurology*,63,2316-2321.

Kant,G.,Zurillal,T.,& Olivares,A.(1997):Social problem solving as a mediator of Stress-related depression and anxiety in middle. Aged and elderly community. *J.of Cognitive Therapy and Research*,21, 73- 96.

Koopm,C,.Hermanson,K., Diamond,Z., Angell,K. & Spiegel,D. (1998): Social support, Lift stress, Pain and emotional adjustment to Advanced Breast Cancer. *Psycho-oncology*, 1.7,101-111.

Koskie,B.& Ettner,S.(2001):Promoting mental heath Preventing mental illness, and providing effective psychological treatment to California's aging population. *California policy Research Center University of California.*

Krause, N & Boraski,C. (1994) : Clarifying the function of social Support in later life. *Research on Aging*, 16(3) 251-279

Krishman, K. ; Delong, M. ; Kraemer, H. ; Carney, R. ; Spiegel, D. ; Gordon, C. ; McDonald, W. dew. M. ; Alexopoulos, G. ; buck Walter, K. Cohen, P. ; Evans, D. ; Olin, J. ; Otey, E. & wainscot, C. 2002. Comorbidity of depression with other medical diseases in the elderly. biological psychiatry, 52 (6) : 559 –588.

Lebow, G.& Kane, B. 1999. coping with your difficult older parent. new York : Harper Callin pull longitudinal; aging study Amsterdam.*Psychological Medicine*, 30, 515 – 527.

Low,G.& Molzahn,A.(2007): predictors of quality of life in old age: across-validation study. *Research in Nursing &Health*,30, 141-150

Macera,E.(2005)Subjective well- being older Adults :Role of Interpesonal Relation ships. Unpublished. Ph.D.,University Of California,San Fransico.

Mansfied, T.& Parpura,A.,(2007) : Loneliness infolder person: A theoretical model and empirical finding. *International. psych ogeriatrics*,19,279-294-

Marcell, J. 2001, Elder age : How to survive caring for aging parents.

California : Impressive press.

MCDonnall, M.(2005): The effects of single and dual sensory loss on Symptoms of depression in the elderly. *International J.of Geriatric psychiatry*,20,855-861.

Milne, A & Williams,J.(2000) " Meeting the mental Health needs of older women : taking social inequality into account " *Ageing & society*, 20, 699 – 723.

Mol, M., Boxtel, M., willems, D.& Jolles, J. (2006): Do subjective memory complaints Predict cognitive dysfunctiom over time? Asix-year

follow-up of the Maastricht aging study. *International J. of Geriatric Psychiatry*, 21.432-441-

Moore, D., Sitzer,D., Depp, C., Montross, L., Reichstadt, J.,Lebowilz,B & Jeste,D. (2007): seft – administered cognitive screening for a study of successful aging a mong community – dwelling seniors: a preliminary study. *International J. of Geriatric Psychiatry*, 22,327,331

Motta, M., Bennati,E.; ferlito,L.; Malaguarnera, M. Motta, L.(2004) : Successful aging in centenarians myths and reality. Unpublished PhD. University of Catania, Italy.

Mullins, I. (1985): loneliness among the elderly: A review and conceptualizations. Unpublished PhD. University of South Florida.

Narta, K. Murata,T., Hamada, T., Takahashi, T., Kosaka.H., Yoshida,H. & wada, Y.(2007): " Association between trait anxiety and endothelial Function ohserved in elderly males but not in young males" *International Psycho Geriatrics*, 19, 947- 954.

Nelson, P. (1989): Ethnic Difference in Intrinsic/ Extrinsic Religion Orientation and Depression in the Elderly. *Religiosity and Psychotherapy*,14, 206 – 214.

Neugarten,B,.Havighurst,W.,&Tobin,K.(1977):Handbook of

Niti, M., Ng, T., Kua,E. Ho, R. & Tan,C. (2007): Depression and chronic. Medical illnesses in Asian older a dults : the role of subjective health and functional status. *International J. of Geriatric Psychiatry*, 22,1087- 1094.

Nygren, B. (2006): Znner strength among oldest old a good aging. Unpublished Ph.D. Trnea University, Sweden.

Oburu,P.(2005): Caregiving stress and adjustment Problems of Kenyan orphans raised by Grandmothers. *Infant and child development*,14, 199 – 210.

Okonkow,O., Crowe,M,Wadley,v.& Ball,k.(2007):visual attention and self –regulation of driving among older adults, *psycho Geriatric Association*, 10,1017-1025.

Osgood, N. 1992. Suicide in later life. new York ; Lexington books

Parkes,C.(1997):Bereavement and mental health in the elderly.

Physical activity and the risk of dementia and Alzheimer's disease. *International. J.of Geriatric psychiatry* 22,874-882

Plank,R.(2001):Successful aging, desire to change the past, counterfactual Thought. Unpublished Ph.D. University of California, san Francisco.

Poortman,A. & Tilburg,T.(2005): Past experience and older adults, attitudes: alifecourse Perspective. *Aging & society*, 25, 19 – 39.

Potis,M.(1997): Social support and depression among older adults living alone : the importance of friends within and outside of retirement community. *J. of Social Work*, 42(4) 348-362.

Rhoades, R. & pflanzer, R. 1996. human physiology. 3rd edition. London : Saunders college publishing.

Roberts, A. (2005): Evaluating Mental Health Services for Elder People Anther. *International PsychoGeriatrics*.17, 723- 724.

Ross, K. (1990): Religion and Psychological Distress. New York: Oxford Press.

Rovio,S.,karcholt,I.,Viitanen,M.,Wnblad,B.Tuomilehto,J,Soininen,H,.Nissinen,A,.Kivipetto,M.(2007) :Work – related physical activity and the risk of dementia and Alzheimer's disease. *International J. of Psycho Geriatrics*,22, 884 – 892.

Schiamberg,L.& Smith, K.(1982): Human development. New York: Macmillan.

Schinka,T,Brown,L., Borenstein,.A.. & Mortimer,T.(2007): Confirmatory factot analysis of the PTSD checklist in the elderly.*J. of Traumatic Stress*, 20(3) 281-289.

Schouws,S, Zoeteman,J., Comijs,H, Stek,M. & Meekman, A. (2007): Cognitive functioning in elderly Patients with onset bipolar disorder. *International.J. of Geriatric Psychiatry*, 22, 856 – 861.

Schroder, E. & Marianti, R.(2006) "Editorial understanding vulnerabilities in old ago" *Ageing & society*, 26, 3-8.

Schwoerer,C. & May.D (1996): Age work outcomes: the Moderating effects of self – efficacy and tool design effectiveness. *J. of Organizational Behavior*, 17, 469 – 487.

Selwyn,N., Gorard,S., Furlong,J. & Madden,L. (2003): older adults, use of information and communications technology in everday Life. *Ageing & socity*, 33, 561 – 581.

Skoog, I., Nilsson,L., Landahi,s & Steen, B. (1993): " Research and reviews mental disordera and the Use of psychotrapic drugs in an 85 – Year-old urban populations". *International psycho Ger iatric s*, 5, 33- 48.

Smyer, M. 1997. prevention and early : intervention for mental disorders of the elderly in Gatz, M. (ed.) emerging issues in mental health and aging 2nd edition, Washington, American psychological association.

Stack, K, & Wasserman,N.(1992) : The effects of religion and feminism on suciil ideology : An analysis on national survey data. *International J. of Mental Health*, 11,115 – 128.

Stuart – Hamilton, I. 2000. the psychology of ageing : an introduction, 3rd edition. London ; Jessica kingsley publisher.

Taylor,J.,Duquen,L. & Novaco,R. (2004) "Piloting Aword anger rating scale for older Adults with mental Health Problems, *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 32,467 – 479.

Togsver,M.;Werge,T.;Tanko,L.;Bagger,Y.;Qin,G,Hansen,T,Chrisians,C, & Rasmussen,H.(2007): Cognitive Performance in elderly woman : Significance of the 19bp insertion deletion Polymorphism in the 5, flank of the dopamine beta – hydroxyls gene, educational Level, body fat measures, serum triglyceride, alcohol consumption and ago. *International J. of Geriatric Psychiatry*,22, 883, 889.

Vankova,H.,Holmerova,I.,Ande,R.,Veleta, p. & Taneckova,H. (2007):functional status and depressive Symptoms among older adults from Residential care facilities in the Czech Republic, *International. J. of Geriatric psychiatry*,10,1002-1012

Vasguez,A,(2006):A Genetic-epidemiologic study of Alzgeuner,s disease. University library Erasmus,MC.

Wade,H.& Rebecca,D.(2005):the impact of gender role conflict on multidimensional social support in older men.*International. J of Mental Health*, 4(3) 267-274

Wallin,M., Ttalvitie,U., Cattan،M.& Karpp,S. (2007): the Meanings older people give to their rehabilitation experience. *Ageing & Society*, 27, 147-164.

Ward,M..& Higgs,P.(1998): psychosocial aspects of adjusting to disability in older people. *Reviews in Clinical Gerontoloyy*,8,251-256.

Wemtont,E.,Hallberg,I,.Elmstahl,S,& Edberg, A.(2006) : Older people,s views on how to finance increasing health care costs. *Aging & Society*, 26, 497 – 514.

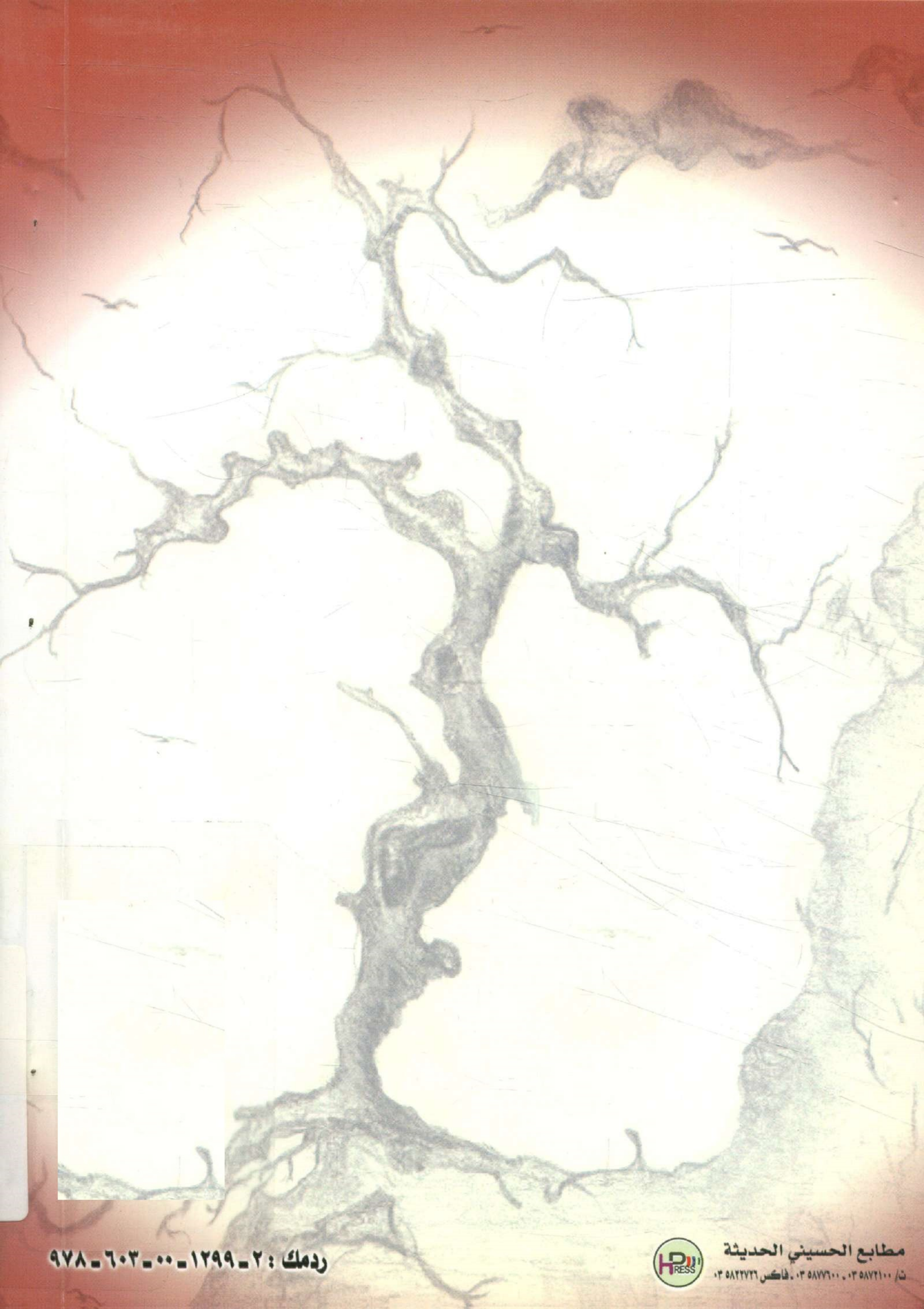
Wilcocks,D, (1983): Stereotyges of old ago: the cast of Yugoslavia Aging in modern society.New York: Martins press.

Williamsal, R. Hermana, A. Steina, I. Heering, G. Jacksona, B. & (2007) : T twelve – month mentel disorders in south Africa: Prevalence, service use and demographic Correlates in the Population- based south Africa stress and health Study. *Psychological Medicine*, 10, 1017 – 1021.

Wirtz,L.(2001): Depression and quality of life variables in older..D.A.I, 62,(11-B), 5399.

Zakari,N.(2005):Attitudes toward the elderly and knowledge of aging as correlates To the willingness and intention to work with elderly among Saudi nursing students.Unpublished Ph.D George Mason University.

Zeppegno.P,.Manzetti,E.,Valsestia,R.,Ammirata,G,.,Donatis,O,.Usai,C.,&T orre,E.(2005) :Bifferences in suicide Behavior in the elderly: as study in two Provinces of Northern Italy. *International, J. of Geriatric psychiatry*,20,769-775.



ردمك : ٩٧٨-٦٠٣-٠٠-١٢٩٩-٢

مطابع الحسيني الحديثة

HPRESS

ت/ ٠٣٥٨٧٢١٠٠ ، ٠٣٥٨٧٧٦٠٠ ، فاكس ٠٣٥٨٢٢٧٢٦